TOM X. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra L. Batawji, D-ra B. Chorążyckiego, D-ra J. Czarneckiego, D-ra C. Czarnowskiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, Doc. A. Dobrzańskiego, Doc. B. Dylewskiego, D-ra F. Gotfryda, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, D-ra J. Kmity, D-ra M. Koenigsteina, Prof. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra O. Pęskiego, D-ra J. Pieniążka, D-ra R. Sinołęckiego, D-ra Z. Srebrnego, D-ra S. Szumkowskiego, D-ra A. Schwarzbarta, Prof. J. Szmurły, D-ra E. Tryjarskiego, Doc. T. Wąsowskiego i Prof. T. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz Redakcji: Doc. T. WĄSOWSKI.
Członek Redakcji: Doc. B. DYLEWSKI.

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUK. „PAX". WILNO, ŚW. IGNACEGO Nr. 5.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

TOM X. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
" podwójnego " 10 "

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUK. „PAX". WILNO, ŚW. IGNACEGO Nr. 5.

POLSKI PRZEGLĄD
OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyr. Prof. Dr. *Feliks Erbrich.*

Podał Dr. HENRYK LEWENFISZ
st. asystent kliniki.

O wyborze metody operacyjnej w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach zatok czołowych.

Jama nosowa otoczona jest jamami bocznemi, łączącemi się z nią zapomocą odpowiednich przewodów. Na jamy boczne nosa składają się: zatoka czołowa, klinowa, szczękowa, oraz zatoki sitowe. Blizkie sąsiedztwo z nosem przyczynia się do tego, że jamy boczne nosa ulegają często schorzeniom, zwłaszcza u osobników cierpiących na częsty nawrotowy nieżyt nosa. Niekorzystne warunki anatomiczne— wązkie przewody wyprowadzające, niedogodne umiejscowienie otworu wyprowadzającego, składają się na wydłużenie czasu trwania zapalenia zatok, na częste przewlekania się sprawy chorobowej. Im bardziej przewleka się stan zapalny zatoki, tem częściej leczenie konserwatywne jest bezskuteczne, tem częściej stajemy przed koniecznością zabiegu operacyjnego.

Metod operacyjnych jest dużo, ich rozległość różna. Metoda operacyjna, polegająca na zachowaniu śluzówki zatoki, nazywa się zachowawczą, metoda z usunięciem śluzówki jest radykalną. Aczkolwiek istnieją pewne wytyczne, upoważniające do wyboru tej lub innej metody operacyjnej, to jednak panuje duży chaos w tej dziedzinie operacyjnej, zwłaszcza gdy z biegiem czasu liczba operacyj i modyfikacyj uległa kolosalnemu rozmnożeniu. Jeden i ten sam przypadek chorej zatoki zostaje przez jednych zakwalifikowany do zabiegu zachowawczego, przez innych do radykalnego, w dużej zależności od temperamentu lekarza. Ta niejednolitość zapatrywań na wskazania operacyjne, pewna rozbieżność nawet w rozpoznawaniu, skłoniła mnie do opracowania tego działu rinologicznego, celem podzielenia się doświadczeniem, zdobytem na naszym materjale klinicznym.

Ze schorzeń bocznych jam nosa najbardziej zasługują na uwagę sprawy zapalne ostre i przewlekłe. Zapalenie zatok względnie rzadko dotyczy pojedyńczej zatoki. Częściej spotykamy zajęcie kilku zatok. Izolowane zajęcie dotyczy najczęściej zatoki szczękowej. Najczęściej spotykane kombinowane zapalenia zatok występują w następującym porządku:

Zapalenie zatoki czołowej i przedniego sitowia,
" " czołowej, przedniego sitowia i zatoki szczękowej,
" przedniego sitowia i zatoki szczękowej,
" tylnego sitowia i zatoki klinowej,
" wszystkich zatok (pansinusitis).

Rozpoczniemy od zatoki czołowej. W pierwszym rzędzie omówimy stosunki anatomiczne zatoki czołowej oraz komunikujących się z nią części jamy nosowej.

Granicę przednią zatoki czołowej stanowi czoło, dolną oczodół, tylną jama czaszkowa. Górna granica zatoki czołowej przeważnie tylko nieznacznie przekracza łuk brwiowy, ku tyłowi zajmuje przednią trzecią część dachu oczodołu. W kierunku skroniowym sięga nieco nazewnątrz od wcięcia nadoczodołowego. Często zatoki czołowe są bardzo dużych rozmiarów, jak dwa duże śpichrze, zajmujące w górze część łuskową kości czołowej, sięgając daleko w tył dachu oczodołu, w wyjątkowych przypadkach nawet aż do połączenia z małemi skrzydłami kości klinowej, nazewnątrz zaś granice jej mogą sięgać aż wgłąb wyrostka jarzmowego. Zatoka czołowa może również być bardzo mała, w poszczególnych wypadkach jest całkiem nieobecna. Gdy zatoka czołowa jest bardzo małych rozmiarów, to mieści się ona przeważnie w górnym wewnętrznym kącie oczodołu. Zupełny brak zatoki czołowej spotyka się w 3—5% przypadków. Przeważnie brak zatoki dotyczy obu stron, rzadziej jednej strony. Ta różnorodność objętości zatok czołowych zależy od ich późnego rozwoju: u noworodków zatok niema jeszcze wcale. Zjawiają się one w końcu pierwszego lub w drugim roku życia. Zgodnie z pracami *Killiana, Hartmana* i *Moureta* rozwijają się one bardzo wolno od dołu ku górze, od wewnątrz na zewnątrz. Ostateczne ich ukształtowanie przypada na wiek 15—40 lat. Wiadomem jest, że czem później narząd się rozwija, tem częstszym ulega on zboczeniom. To też odchylenia od normy są częstym udziałem zatok czołowych, dlatego właśnie każdy zamierzony zabieg w obrębie zatok czołowych wymaga poprzedniej i dokładnej radiografji. Zatoka czołowa jest naogół większa u osób płci męskiej. Po stronie lewej bywa ona przeważnie większa

niż po prawej. Duże zatoki czołowe można niekiedy rozpoznać przez oglądanie zewnętrzne, jako bardzo uwydatniającą się okolicę nadoczodołową. Przy zatokach asymetrycznych, okolice nadoczodołowe prawa i lewa są w różnym stopniu uwypuklone. Obie zatoki czołowe przedzielone są przegrodą międzyzatokową, umieszczoną pośrodku, lub bardziej wlewo—względnie wprawo, co powoduje asymetrję zatok. Zboczeniu w jedną lub drugą stronę ulega przeważnie dolna część przegrody międzyczołowej. Jest to bardzo ważny szczegół dla techniki operacyjnej. Przegroda jest bardzo cienka, składa się ze zbitej blaszki kostnej i jest nieco grubsza na poziomie zlania się z podstawą zatok czołowych; dość często spotyka się u podstawy przegrody komórki wielkości ziarnka zboża, nie komunikujące się ani z zatokami sitowemi ani z zatoką czołową. Prócz przegrody międzyzatokowej mogą jeszcze być i dodatkowe przegrodzenia. Z punktu widzenia klinicznego zasługują na uwagę następujące:

I. Przegrodzenie strzałkowe występujące pod dwiema postaciami:

1) jako rozdwojenie górnej części przegrody międzyzatokowej; odbiera się wówczas wrażenie (zdjęcie rentgenowskie) istnienia trzech zatok: dwuch bocznych, komunikujących się normalnie z przewodem środkowym przez kanały nosowo - czołowe i jeden środkowy bez komunikacji,

2) jako oddzielna przegroda przednio-tylna, oddzielająca od zatoki czołowej część boczną mniejszą lub większą.

II. Przegrodzenie poziome przedstawia się jako przegroda przebiegająca równolegle do sklepienia oczodołowego, przez co zatoka czołowa staje się dwupiętrowa: dolne piętro komunikujące się z nosem i górne izolowane. Zdarza się, iż górne piętro jest zainfekowane, a dolne normalne. Ewentualność tę należy mieć na uwadze przy nieskutecznych operacjach drogą wewnątrznosową: sondowane dolne piętro ulega uzdrowieniu, górne pozostaje nadal zainfekowane; w tych razach radiografja wykazuje jakby zawoalowaną zatokę, mimo iż przy badaniu nosa stwierdza się zupełną drożność kanału nosowo - czołowego.

III. Przegrodzenie czołowe dzieli zatokę czołową na przednią i tylną. Radiografja boczna i stereoskopowa mogą być pomocne dla wykrycia tej przegrody. Zainfekowaniu ulega przeważnie przednia część, komunikująca się z nosem przez kanał nosowo-czołowy. Najcieńszą jest oczodołowa ściana zatoki, zwłaszcza w okolicy wewnętrznego górnego kąta ocznego, najgrubszą zaś przednia ściana. Ściany wewnętrzne zatoki czołowej mogą być zupełnie gładkie, mogą mieć

grzebienie kostne, przyczyniające się do powstania zagłębień różnej wielkości. Ściany zatoki przedstawiają czasem, wprawdzie bardzo rzadko, ubytki; dotyczy to najczęściej ściany dolnej-oczodołowei, przez co tworzy się komunikacja między jamami czołową i oczodołową. Ubytki w przegrodzie międzyczołowej zostały niejednokrotnie zaobserwowane, są one jednak przeważnie pokryte śluzowo-okostnową ścianą.

Obraz histologiczny: Zatoki czołowe są od wewnątrz wysłane śluzówką, którą uważać można za przedłużenie śluzówki środkowych przewodów nosa.

W warunkach normalnych jest ona cienka, luźno przylega do ścian kostnych, to też z łatwością można ją odseparować od podłoża kostnego. W stanach zapalnych ulega ona przeważnie znacznemu zgrubieniu. Sluzówka zatok składa się z trzech warstw:

1) Warstwa powierzchowna złożona ze smukłych włókienek, pokrytych warstwowym nabłonkiem rzęskowym;

2) środkowa czyli gruczołowa warstwa: gruczoły są tu nierównomierne i należą do typu gruczołów groniastych;

3) najgłębsza warstwa śluzówki jest pozbawiona gruczołów. Utkanie jej jest gęste, zawiera dużo komórek wrzecionowatych, warstwa ta zastępuje okostną i bywa również jako okostna oznaczona.

N e r w y i n a c z y n i a okolicy czołowej interesują nas ze względu na zjawiska naczynioruchowe oraz wrażliwość tej okolicy. Na nerwy czuciowe składa się tu oczny nerw Willisa — pierwsza końcowa gałązka nerwu trójdzielnego; tworzą one podwójną sieć: powierzchowną zewnętrzną oraz głęboką wewnętrzną nosowo-sitową i wewnątrz zatokową. S i e ć p o w i e r z c h o w n a składa się z 2-ch nerwów czołowych: czołowego zewnętrznego i czołowego wewnętrznego, sam zaś nerw czołowy jest gałązką nerwu ocznego. Po krótkim przebiegu wzdłuż sklepienia oczodołu, oddzielone od okostnej dna zatoki czołowej tylko cienkim listkiem rozcięgnistym, opuszczają one oczodół: grubsza gałązka czołowa zewnętrzna przez cięcie lub otwór nadoczodołowy, cieńsza gałązka wewnętrzna kilka milimetrów dowewnątrz, pomiędzy wcięciem nadoczodołowym oraz bloczkiem mięśnia skośnego dużego. Po wyjściu z oczodołu zarówno gałązka zewnętrzna jak i wewnętrzna rozgałęziają się i zespalają między sobą. S i e ć g ł ę b o k a powstaje z nerwu nosowego wewnętrznego, który również jest gałązką nerwu ocznego Willisa.

N e r w y n a c z y n i o r u c h o w e tej okolicy pochodzą z układu współczulnego, reprezentowanego przez: a) zwój oczny lub rzęskowy oraz b) sploty współczulne.

1) Zwój rzęskowy otrzymuje korzonek czuciowy z nerwu nosowego, korzonek współczulny ze splotu szyjnotętniczego wewnętrznego. Odchodzą od niego krótkie nerwy rzęskowe do osłon gałkowych (gałązki czuciowe), do mięśni wewnętrznych oka (gałązki ruchowe mięśni rzęskowych i zwieracza tęczówki), do naczyń oraz do gruczołu łzowego.

2) Sploty współczulne towarzyszą naczyniom tej okolicy i pochodzą ze splotu szyjno-tętniczego wewnętrznego oraz wewnątrzszyjnego zewnętrznego.

T ę t n i c e i ż y ł y o k o l i c y c z o ł o w e j naśladują swym podziałem ułożenie nerwów i pochodzą z naczyń błony śluzowej nosa. A zatem wrażliwość okolicy czołowej i przedniej nosowej, szczeliny węchowej, przewodu środkowego, komórek sitowych przednich oraz zatoki czołowej zależy od nerwu ocznego Willisa, pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego. Rozgałęzienia tego nerwu łączą się z rozgałęzieniami 2-ch innych gałązek nerwu trójdzielnego oraz nerwu górnego i dolnego szczękowego. Przeto każda podnieta wychodząca z obszaru nerwu ocznego Willisa może przenikać również na obszar 2-ch innych gałązek nerwu trójdzielnego, oraz przeciwnie każda podnieta z obszaru obu nerwów szczękowych może objąć i obszar nerwu ocznego Willisa. Nerw Willis'a obejmuje jednocześnie czy to bezpośrednio czy przez zespolenie okolicę czołowo-nosową oraz oko. Tłumaczy to częste występowanie bólów jednej okolicy przy zajęciu drugiej.

Zatoka czołowa łączy się poprzez przewód czołowo-nosowy ze środkowym przewodem jamy nosowej.

Omawiając schorzenia zatoki czołowej musimy omówić stosunki anatomiczne jamy nosowej, a to dla następujących powodów: stan zapalny zatoki czołowej występuje bardzo często w parze ze stanem zapalnym nosa; schorzenia zatok czołowych są często wywołane zmienionemi stosunkami anatomicznemi jamy nosowej. Wreszcie szereg zabiegów operacyjnych nad zatoką czołową (zwłaszcza wewnątrznosowe) wymaga dokładnej znajomości anatomji jamy nosowej, w pierwszym zaś rzędzie przewodu środkowego.

A n a t o m j a j a m y n o s a. Przy wziernikowaniu nosa, nie przedstawiającego żadnych zniekształceń, dostatecznie drożnego, stwierdzamy, że dolny brzeg muszli środkowej, cienki i dokładnie widoczny, jest oddzielony od strony wewnętrznej — przegrody, od zewnątrz — od ściany zewnętrznej jamy nosowej — dwiema bardzo wąskiemi przestrzeniami (szczelinami), do których jednak można wprowadzić zgłębnik.

Szczelina wewnętrzna tak zw. szczelina węchowa tworzy bramę wejściową górnego piętra jam nosowych. Jest to, jak twierdzą, *Testut* i *Jacob*, największa okolica jam nosowych. Powietrze tędy przechodzi tylko podczas wąchania, t. zn. podczas wciągania powietrza. Górna granica—sklepienie nosa jest niedostępna dla oka. Jest to rodzaj wąskiej bruzdki, składającej się z 2-ch części: 1) Przedniej długości 5—10 milimetrów bardzo opornej i 2) tylnej krótkiej, o dużej łamliwości—blaszka sitowa kości sitowej.

Szczelina zewnętrzna prowadzi do przewodu środkowego, nad którym się nieco dłużej zatrzymamy. Linja przyczepu muszli środkowaj składa się z 2-ch części, tworzących między sobą kąt rozwarty wdół około 130^0. Część przednia stanowi piątą część całej długości, jest skośna i przebiega wgórę i w tył. Część tylna jest znacznie dłuższa. Punkt zlania się tych 2-ch części jest najwyższem miejscem przewodu środkowego, oddalonem na 4—5 mm. od blaszki sitowej. Jeżeli wbijemy igłę pionowo od dołu wgórę, w odległości 2-ch mm ku tyłowi od tego punktu, to przebijemy przednią część blaszki sitowej. To też okolica położona nad pierwszą, wznoszącą się częścią linji przyczepu muszli środkowej, pozostaje tylko w pośrednich stosunkach z blaszką sitową. Niebezpieczeństwo uszkodzenia blaszki dotyczy okolicy położonej wyżej, a zwłaszcza nieco ku tyłowi. Przyczep muszli środkowej tworzy klasyczny podział sitowia na przednie i tylne. Jest to podział zarówno anatomiczny jak i chirurgiczny. Granica jest przeszkodą w szerzeniu się infekcji od jednej grupy komórkowej na drugą.

Sitowie przednie bardzo często ulega schorzeniu jednocześnie z zatoką czołową. To też prawie zawsze zabieg, dokonany nad zatoką czołową, obejmuje i przednie sitowie. Przednie sitowie jest umieszczone poniżej i do przodu od linji przyczepu muszli środkowej i składa się z szeregu komórek kostnych. Najbardziej ku przodowi, przed przyczepem przedniego końca muszli środkowej znajduje się zaokrąglony wzgórek, zawdzięczający swą obecność komórce kostnej; komórka ta może drążyć również i wgłąb muszli środkowej. Jest to grobla nosa (ager nasi), przedstawiająca dla nas duże zainteresowanie, ponieważ jest miejscem wybiórczem dla stworzenia wewnątrznosowej drogi do zatoki czołowej. Zarówno kształt jak i rozwój grobli mogą być bardzo różne. Czasami, jak to opisuje *Ramadier*, wzgórek składa się z wielu komórek przylejkowych (cellulae praeinfundibulares), położonych przed kanałem nosowoczołowym.

Czasem napotykamy tu tylko dwie komórki, położone jedna nad drugą. Możliwość takiego piętrowego ułożenia komórek powinna

być znana każdemu lekarzowi; mogą one między sobą nie komunikować się, a jednak ulec zakażeniu, stanowiąc częstą przyczynę bólów głowy. Najczęściej jednak na groblę nosa składa się jedna komórka, bardzo rozwinięta, podnosząca w swej części górnej spód zatoki czołowej, nieco ku przodowi od górnego otworu kanału nosowo-czołowego.

Z punktu widzenia chirurgicznego należy podkreślić następujące cechy grobli nosa:

1) komórka kostna grobli jest umieszczona nie pod muszlą środkową, lecz nieco do przodu od przyczepu głowy muszli;

2) często rozpościera się ona wgłąb muszli środkowej;

3) jest ona ze wszech stron ograniczona bardzo cienkiemi, łatwemi do przebicia ściankami, za nią leży kanał nosowo-czołowy, nad nią zatoka czołowa;

4) nad nią i nieco do przodu znajduje się nie blaszka sitowa, lecz mocny wał kostny, utworzony przez właściwe kości nosa, przez wyrostek kości czołowej oraz brzeg górny wznoszącej się odnogi szczęki górnej;

5) górna ściana komórki stanowi podstawę zatoki czołowej na przodzie od górnego otworu kanału nosowo-czołowego. Sciana ta jest bardzo cienka i przedstawia zupełnie słaby opór;

6) po otwarciu komórki jest już rzeczą bardzo łatwą przedostać się do zatoki czołowej. Gdy zaś grobla nosa nie zawiera komórek, to napotykamy tu zbitą kość. W tych razach przedostanie się do zatoki musi się odbyć drogą przewodu nosowo-czołowego, co jest znacznie trudniejsze i mniej pewne;

7) komórka, względnie komórki grobli nosa mogą wysyłać do przodu odnogi, których zakażenie może powodować bóle głowy okolicy czołowej.

W tyle od grobli nosa znajdujemy:

1) wzgórek w kształcie sierpa z wgłębieniem skierowanem wtył— jest to w y r o s t e k h a c z y k o w a t y;

2) za tym wyrostkiem widzimy jajokształtny wzgórek, którego duża oś skośna skierowana jest wdół i wtył; jest to puszka sitowa;

3) pomiędzy temi dwoma wzgórkami znajduje się wklęśnięcie, rozszerzające się od dołu ku górze, znane pod nazwą rowka haczyka lub rozszczepienia półksiężycowatego *Zuckerkandla*;

4) nad tym rowkiem znajduje się drugie wklęśnięcie w kształcie lejka, którego podstawa przechodzi bez linji demarkacyjnej w rozszczepienie półksiężycowate, wierzchołek zaś odpowiada kątowi zlania się

przedniej i tylnej części linji przyczepu muszli środkowej: jest to lejek (infudibulum), którego wnętrze jest prawie zawsze gładkie; wygląd jego może jednak być zmieniony przez obecność uchyłka;

5) wreszcie za puszką sitową znajduje się trzecie wklęśnięcie, tak zw. rowek pozapuszkowy (Gouttière rétrobullaire).

W warunkach normalnych przedłużenie lejka stanowi kanał nosowo-czołowy. Kształt przewodu nosowo-czołowego przypomina dwa złączone wierzchołkami stożki. Długość jego wynosi u mężczyzn 15 mm., u kobiet 10 mm. Dolny brzeg kanału otwiera się w przewodzie środkowym nosa na poziomie jego sklepienia. Na tym właśnie poziomie przewód środkowy wydrąża się w postaci torebki (bursa frontalis *Sluder*, recessus frontalis *Killian*) w poszczególnych przypadkach tak bardzo rozwiniętej, że kanału nosowo-czołowego niema, a zatoka wprost się otwiera do przewodu środkowego. W warunkach normalnych, gdy zatoka czołowa komunikuje się poprzez przewód czołowo-nosowy z przewodem środkowym nosa, albo też gdy otwiera się wprost do przewodu środkowego, przedostanie się do zatoki drogą wewnątrznosową jest rzeczą łatwą. Różne jednak zboczenia anatomiczne utrudniają w dużym stopniu wejście do zatoki. Zboczenia te mogą być następujące: a) puszka przez swój nadmierny rozwój może się zetknąć z haczykiem, skutkiem czego powstaje zwężenie rozszczepienia półksiężycowatego; w takich warunkach kanał otwiera się nie wprost do przewodu środkowego lecz do pewnego rodzaju kieszonki. Ażeby dostać się do kanału należy w pierwszym rzędzie kieszonkę tę przebić, b) gdy kanał nosowo-czołowy otwiera się za puszką, sondowanie zatoki drogą nosową jest niemożliwe, c) w niektórych przypadkach kanał nosowo-czołowy otwiera się do puszki. Drożność kanału nosowo-czołowego ma kolosalne znaczenie zwłaszcza w sprawach nieżytowych zatoki czotowej, gdzie od dostatecznej drożności w znacznej części zależy wyleczalność sprawy chorobowej.

Przy leczeniu spraw nieżytowych zatoki czołowej w pierwszym rzędzie dążyć musimy do udrożnienia przewodu nosowo-czołowego. To też znajomość jego przebiegu w warunkach normalnych i zboczeń anatomicznych jest niezbędna.

W warunkach normalnych górny koniec przewodu nosowo-czołowego położony jest na podstawie zatoki czołowej w najbardziej spadzistem miejscu (w kącie dolno-wewnętrznym).

Ułożenie górnego otworu kanału nosowo-czołowego zależy w dużym stopniu od tego, czy sitowie jest komorowe, powietrzne czy też

zbite. W pierwszym wypadku otwór cofnięty jes nieco wtył przez wzgórek, wytworzony wznoszącą się na tym poziomie komórką przedlejkową (cellulae praeinfundibulares). Komórki przedlejkowe mogą być bardzo mało rozwinięte, otwór górny kanału jest wówczas bardziej obszerny. Wreszcie komórki przedlejkowe mogą być zupełnie nieobecne; przednią ścianę kanału nosowo-czołowego stanowi wówczas zbita masa kostna. Obecność lub brak komórek przedlejkowych ma kolosalne znaczenie pod względem chirurgicznym. W pierwszym wypadku wytworzenie nowego kanału szerszego przez łatwe zniesienie cienkich ścian komórek przedlejkowych jest bardzo łatwe. Gdy zaś mamy do czynienia z drugą ewentualnością to jest z nieobecnością komórek przedlejkowych—jest rzeczą niezmiernie trudną przedostać się do zatoki inną drogą, aniżeli przez kanał nosowo-czołowy. Ażeby rozszerzyć kanał ku przodowi należałoby rozbić zbitą ścianę kostną, czyli z dużą siłą manipulować raszplą, co oczywista może być brzemienne w niepożądane skutki.

Praktycznie sprawa przedstawia się w następujący sposób:

1) Kanał jest normalny: zgłębnik wprowadzony do lejka w przewodzie środkowym łatwo przechodzi do zatoki.

2) Kanał jest zatkany: przebijamy przegrody, rozdzielające komórki przedlejkowe i bez oporu wchodzimy do zatoki.

3) Kanał jest zatkany, zgłębnik natrafia jednak na zbitą, stawiającą opór ścianę.

W pierwszym i drugim wypadku droga wewnątrznosowa otwarcia zatoki jest wskazana i łatwa; w trzecim wręcz przeciwwskazana, przez nasuwające się niebezpieczeństwo i częstą nieskuteczność.

Zanim przejdziemy do omówienia patologji zatoki czołowej, poświęcimy parę słów jej fizjologji.

(D. c. n.).

Prof. Dr. B. WIŠKOVSKÝ (Bratislava).

Příspěvek ke studiu leukocytárních změn vyvolaných masáží tonsil.

Práce, které publikoval v letach 1926—1928 *Viggo Schmidt* o leukocytárních změnách vyvolaných jednak drážděním tonsil (mechanickým nebo kalorickým), jednak injekcí tonsilárních extraktů, vzbudily značný zájem otolaryngologů. Nejvíce byla studována t. řeč. mechanická tonsilární reakce — projevující se změnami bíléhó obrazu krevního po masáži tonsil — a to jak po stránce jejího praktického významu pro diagnosu chron. tonsilitidy tak i po stránce theoretické.

Autor této reakce — *V. Schmidt* — tvrdil, že masáž normalních tonsil je sledována leukopenií podmíněnou hlavně úbytkem lymfocytů, že u chron. tonsilitidy latentní nenastanou po masáži žádné změny a u chron. tonsilitidy ve stavu exacerbace že dojde následkem vpravení toxických látek z tonsil do oběhu krevního ku přechodné neutrofilní leukocytose sledované po případě lymfopenií.

V r. 1928 referoval jsem na výročním sjezdu čs. otolaryngologické společnosti v Praze o svých prvních pokusech s mechanickou tonsilární reakcí. Došel jsem tehdy k závěru, že reakce nemá diagnostické ceny, poněvadž není odvislá toliko od stavu tonsil. Sledoval jsem potom leukocytární změny objevující se po lapisování tonsil a z výsledků těchto pokusů jsem uzavíral, že vedle jiných činitelů určuje tyto změny (hlavně lymfopenickou reakci) spíše stav celého lymfadenoidního systému než samy tonsily.

Názory ostatních autorů, kteří se obírali mechanickou tonsilární reakcí (*Bottura*, *Filo*, *Guttmann*, *Kostyál*, *Jerkovič*, *Worms*, *Le Mée*), nejsou jednotné. Z jejich prací vyplývá asi toto: Z leukocytárních reakcí vyvolaných masáží tonsil lze považovati neutrofilní leukocytosu za zjev budící podezření na přítomnost infekčního ložiska v tonsilách. Tato neutrofilní leukocytosa je pravděpodobně výsledkem leukoirritativního působení toxických látek, které se při masáži dostávají z infikovaných tonsil do oběho krevního. Leukopenii po masáži tonsil považují jedni (*Bottura*, *Filo*) za zjev původu vegetativně nervového, druzí (*Schmidt*, *Kostyál*) ji vykládají působením zvláštní látky hormonálního charakteru obsažené v tonsilách.

Určení podstaty mechanické tonsilární reakce a zjištění zda a jakou měrou tonsily na průběh reakce působí bylo by jistě velmi důležito propoznání fysiologie tonsil. Názor Filův, že změny bílého obrazu krevního po masáži tonsil jsou jen „projevem změněné distribuce krevních elementů způsobené vlivy nervovými" opírá se

vlastně jen o fakt, že analogické změny lze vyvolati také jinou cestou—injekcí adrenalinu, atropinu, cholinu, kafru, vody nebo klysmatem. Tím ale není dostatečně vysvětlena podstata mech. tonsil. reakce. Není přece pochyby o tom, že stejné změny bílého krevního obrazu mohou míti různé primární příčiny.

V nové serii pokusů s masaží tonsil věnoval jsem tedy pozornost především této otázce. Sledoval jsem, jak se chovají různé typy reakce, neprovádí—li se masáž obou tonsil současně, zda a jak bude modifikována reakce vyvolaná masáží tonsily jedné masáží tonsily druhé, jaký vliv má na průběh reakce předchozí injekce adrenalinu nebo atropinu, zda je masáž s to působiti nějak na leukocytární změny vyvolané injekcí těchto látek, jaký je vliv citlivosti faryngeální sliznice na reakci a konečně zda je reakce u téhož individua konstantní.

Přesvědčil jsem se především, že leukocytární změny, které vznikají po masáži tonsil, nejsou jen trojího typu, jak tvrdí *V. Schmidt*— leukopenie podmíněná úbytkem lymfocytů, neutrofilní leukocytosa a negativní reakce.

Jako negativní můžeme zajisté označiti jen takovou reakci, při níž se valně nemění ani celkový počet leukocytů, ani poměrné zastoupení jednotlivých druhů, hlavně polynukleárů a lymfocytů.

Nezřídka se ale setkáváme s reakcí, v níž sice celkový počet leukocytů jen málo kolísá, kterou ale nelze označit za negativní, poněvadž procento 'polynukleárů zřejmě stoupá a současně procento polynukleárů zřejmě stoupá a současně procento lymfocytů klesá. Takovou nejasnou reakci, o níž nelze říci, zda je primárně lymfopenická nebo neutrofilní ukazuje tab. I. Někdy snad vzniká tato reakce kombinací leukoirritativního působení toxických látek z tonsil s leukopenickým efektem původu veget. nervového.

Tab. I.

Zoltán B., 6 r. — Tonsillitis chron. Vegetationes adenoid.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	8050	4154	3268			
		51,6	40,6	1,8	0,4	5,6
		dvouminut. masáž				
30'po	7700	3404	3788			
		44,2	49,2	0,6	0,0	6,0
60'po	8600	3044	4971			
		35,4	57,8	0,6	0,2	6,0

Ani reakce charakterisované leukocytosou nejsou jednotného typu. Jednou je to leukocytosa krátkého trvání sledovaná lymfopenií (typ dle *V. Schmidta* charakteristický pro chron. tonsilitidu ve stadiu exacerbace), podruhé jde o trvalejší postupně rostoucí leukocytosu, jak se s ní často setkáváme v pokusech franc. autorů.

Tab. II.

Markéta S., 7 r. Tonsillitis chron.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	10100	3535	5757			
		35,0	57,0	3,4	0,4	4,2
		dvouminut. masáž				
25′po	13000	4030	8268			
		31,0	63,6	2,8	0,4	2,2
60′po	10500	2793	7140			
		26,6	68,0	1,6	0,0	3,8

Tab. III.

MUDr. Š.P., 29 r. Tonsillitis chron.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	7200	2002	4622			
		27,8	64,2	1,4	0,6	6,0
		dvouminut. masáž levé tons.				
25′po	6600	1914	4026			
		29,0	61,0	2,2	0,2	7,6
60′po	9000	1728	6732			
		19,2	74,8	0,6	0,2	5,2
		dvouminut. masáž pravé tons.				
50′po	10100	2020	7535			
		20,0	74,6	1,4	0,0	4,0

Leukocytosa přechodná (tab. II) připomíná svým krátkým trváním leukocytosu po injekci adrenalinu.

Trvalejší a postupně rostoucí neutrofilii nelze dobře vysvětliti vlivy veget. nervovými. Pravděpodobnější je výklad leukoirritativním působením toxických látek z tonsil. Byla-li vyvolána masáží jedné tonsily, je masáží druhé tonsily (provedenou po 1 hodině) ještě stupňována (tab. III).

Také leukopenické reakce jsou dvojího druhu. Jednou klesá rovnoměrně počet polynukleárů i lymfocytů, jindy účastní se tohoto poklesu jen nebo převážně lymfocyty. Tato leukopenie lymfopenická, kterou *V. Schmidt* považoval za reakční typ vlastní normálním tonsilám, pravděpodobně není téhož původu jako leukopenie rovnoměrná.

Tab. IV.

Josef M., 4 r. Tonsillitis recidiv. Vegetationes adenoid.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	16800	3965	11558			
		23,6	68,8	1,2	0,4	6,0
		dvouminut. masáž				
20′po	13100	3616	8541			
		27,6	65,2	0,6	0,2	6,4
60′po	12500	3000	8600			
		24,0	68,8	0,8	0,0	6,4

Tab. V.

Marie Z., 7 r. Hypertr. tonsil. Vegetationes adenoid.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	9500	5263	2945			
		55,4	31,0	10,0	0,2	3,4
		dvouminut. masáž				
25′po	8800	4435	3045	9,6	0,8	4,6
		50,4	34,6			
60′po	8000	3424	3168			
		42,8	39,6	13,2	1,2	3,2

Leukopenii rovnoměrnou (tab. IV) lze vyvolati snadno někdy injekcí atropinu, jindy cholinu, viděli jsme ji i po potření karcinomatosní tonsily lapisem, po potření dol. lastury kokain-adrenalinem, často po masáži tonsil normálních i u chron. tonsilitidy, ale také po masáži u tonsilektomovaných. Je tedy pravděpodobně leukopenií distribuční. Byla-li vyvolána masáží jedné tonsily nelze ji znovu vyvolati nebo stupňovati masáží druhé tonsily dokud se počet leukocytů nevrátil k původní hodnotě.

Leukopenie lymfopenická (tab. V) objevuje se nejen po masáži tonsil normálních, nýbrž i u chron. tonsilitidy. Vyvolali jsme ji také aplikací kokainadrenalinu na tonsily téhož individua, které na aplikaci kokainadrenalinu v nose reagovalo jen rovnoměrnou leukopenií (tab. VI). Když jsme masáží jedné tonsily vyvolaly rovnoměrnou leukopenii a počet leukocytů zase stoupal, tu intensivní masáž druhé tonsily způsobila někdy lymfopenii, při čemž se ale neutrofily nerušene vracely k původní hodnotě. Zdá se tedy, že na vzniku lymfopenie mají tonsily resp. lymfadenoidní systém nějaký podíl. S určitostí to ale tvrditi nelze, poněvadž vůbec není možno bezpečně

rozlišiti v jednotlivých reakčních typech vliv veget. inervace od případného vlivu tkáně tonsilární nebo lymfadenoidního systému.

Tab. VI.

Josef H., 25 r. Normální tonsily

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	6200	2232	3075	8,0	2,0	4,4
		36,0	49,6			
	tonsily a oblouky potřeny kokainadren.					
30′po	5200	1206	3266			
		23,2	62,8	7,2	0,8	6,0
60′po	5600	1568	3058			
		28,0	54,6	7,8	2,0	7,6

Vliv předchozí injekce atropinu na průběh mechanické tonsilární reakce jsme sledovali u 7 letého děvčete, které na masáž reagovalo ve dvou předchozích pokusech lymfopenií. Po podkožní injekci 0,5 mg atropinu dostavila se rovnoměrná leukopenie. V tomto stadiu provedená masáž nebyla sledována lymfopenií, nýbrž polynukleáry i lymfocyty rovnoměrně stoupaly k původním hodnotám stejně jako po injekci atropinu bez následné masáže (tab. VII).

Tab. VII.

Marie Z., 7 r. Hypertr. tonsil. Vegetationes adenoid.

Dle tab. V reagovala na masáž tonsil lymfopenií.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	6500	2730	2665			
		42,0	41,0	10,2	1,0	5,8
	subkut. injekce 0,0005 g atropinu					
30′po	5000	1950	2130			
		39,0	42,6	10,6	0,8	7,0
	dvouminut. masáž tonsil.					
25′po	5000	2100	2120			
		42,0	42,4	10,1	1,0	4,0
60′po	6000	2556	2532			
		42,6	42,2	10,6	0,4	4,2

Po injekci adrenalinu rozmnožil se počet leukocytů během 30 min. z 5300 na 11100 (tab. VIII). Masáž provedená v tomto stadiu byla sledována rychlým poklesem celkového počtu leukocytů na původní hodnotu, při čemž ale ubylo lymfocytů poměrně více než neutrofilů. Zdálo by se tedy, že předchozí injekce adrenalinu podporuje vznik lymfopenické reakce po masáži. V kontrolním pokuse se ale ukázalo, že reakce po adrenalinu probíhá stejně i bez masáže tonsil.

Tab. VIII.

Josef V., 13 r. Hypertrof. tonsil. Adenoid. vegetat

Na masáž tonsil reagoval lymfopenií.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	5300	2205	2258			
		41,6	42,6	7,8	0,4	7,6
subk. injekce $^1/_2$ cm^3 adrenalinu 1:1000						
30′po	11100	5240	4773			
		47,2	43,0	4,2	0,4	5,2
dvouminut. masáž tonsil.						
25′po	5600	2229	2627			
		39,8	47,8	6,2	1,4	4,8
60′po	6000	1644	3720			
		27,4	62,0	3,8	0,2	6,6

Z obou pokusů můžeme uzavírati jen tolik, že masáž tonsil nemá vlivu na průběh leukocytárních změn po injekci atropinu resp adrenalinu.

Je velmi pravděpodobno, že na vzniku některých leukocytárních změn po masáži tonsil má hlavní podíl systém vegetat. nervový. Nemusí ale jíti vždy o dráždění čistě reflektorické. Dráždidlem může býti také některá z látek, které se po masáži tonsil dostávají z tonsil do oběhu krevního. V úvahu přichází především cholin. *Bischoff* a *Weinand* zjistili acetylcholin v tonsilárních extraktech (není ale jen v tonsilách, nýbrž i v jiných orgánech) a vysvětlují tak pokles krevního tlaku, který se objeví po injekci tonsil. extraktů. Přesvědčili jsme se, že injekce acetylcholinu je také sledována rovnoměrnou leukopenií.

Vliv čistě reflektorického dráždění jsme vyšetřovali u případu syringobulbie s jednostranným syndromem Avellisovým a téměř úplnou anesthesií jedné poloviny faryngu. Masáž tonsily na straně anesthetické vyvolala stejnou reakci (rovnoměrnou leukopenii) jako na straně zdravé (tab. IX).

Tab. IX.

Augusta H., 25 r. Normální tonsily.

Syringobulbie s pravostr. Avellisovým syndromem a značnou hypaesthesií pr. polov. faryngu.

		Ly	N	Eo	Ba	Mo
Před	8800	32,0	62,2	1,8	0,4	3,6
dvoumin. masáž pr. tons. (strana hypaesthet.)						
25′po	7500	30,6	61,8	2,6	0,4	4,6
60′po	8300	30,2	61,4	2,8	0,0	5,6

po 15′ masáž levé tons. (strana norm.)

25′po	6800	31,8	62,0	2,8	0,4	3,0
60′po	7800	31,0	60,0	2,6	0,4	6,0

Nelze popříti, že vedle vlivů vegetat. nervových mohou působiti na bílý obraz krevní také některé látky z tonsil zejména z tonsil infikovaných. Febrilní a ložiskové reakce, které se u tonsilogeních afekcí vzdálených orgánů někdy po masáži objevují, nasvědčují tomu, že se do oběhu krevního mohou dostati toxické látky vyvolávající také neutrofilní leukocytosu.

Je ovšem možno, že se neutrofilní leukocytosa objeví z jiné příčiny i po masáži tonsil zdravých a naopak, že leukocytosa „toxická“ je paralysována alespoň z počátku leukopenií původu veget. nervového. Je právě nevýhodou mechanické tonsilární reakce, že podnět reakci vyvolávající je příliš hrubý, málo selektivní, a indikátor reakce příliš citlivý vůči nejrůznějším vlivům.

Tím je vysvětlitelna také nekonstantnost reakce u téhož individua. Jednou se objeví změny v bílém obraze krevním již po 25 min. jindy jsou zřejmy až po hodině, jednoho dne je reakce negativní, druhého dne se projeví rovnoměrnou leukopenií, jindy zase lymfopenií. Tato nestálost reakce u téhož individua je nepřekonatelnou překážkou zjištění zda a jak určité vlivy na reakci působí. Nemůžeme rozhodnouti zda případná změna v průběhu reakce byla opravdu způsobena naším zásahem.

Rozhodně nelze u leukocytárních reakcí vznikajících po masáži tonsil nikdy určiti, jakou měrou a zda vůbec na ně působily tonsily. Diagnosticky jich tedy nelze hodnotiti. Dokazuje to také tab. X, v níž jsou sestaveny výsledky mechan. tonsilární reakce u 12 případů s tonsilami normálními a u 12 chron. tonsilitid.

Tab. X.

Stav tonsil		Leukopenie		Negativ	Nejasna	Leukocytosa		Celkem
		rovnomerna	lymfopen.			prech	trv.	
Normální tonsily		2	4	3	2	1	—	12
Tonsil. chron.	latens . . .	2	2	3	1	1	2	11
	exacerb. . .	—	—	1	—	—	—	1
Celkem		4	6	7	3	2	2	24

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. Masarykowej w Brnie
(Dyr. prof. Dr. *Fr. Ninger*).

Patogeneza sepsy po anginie.

Odczyt w sekcji otolaryngologicznej na XIV Zjeździe Polskich Przyrodników i Lekarzy w Poznaniu. 1933 r.

Podał Doc. Dr. J. HYBÅŠEK.

Według obecnych wiadomości infekcja z migdałka podniebiennego może się szerzyć w organizmie w trojaki sposób:

drogą haematogenną (*Fraenkel*),
drogą naczyń chłonnych (*Uffenorde*),
drogą zmian ropowiczych (*Claus*).

W klinice otolaryngologicznej w Brnie w ubiegłych dwuch latach zwróciliśmy uwagę na to zagadnienie zarówno na materjale ludzkim, jak i doświadczalnie na zwierzętach i wyniki naszych obserwacyj i badań o patogenezie sepsy po anginie możemy streścić w następujący sposób: infekcja wnika do organizmu przez migdałki podniebienne, migdałki podniebienne są wrotami zakażenia, jednak nie są po większej części ogniskiem zakażenia. Ognisko, z którego przenika infekcja do krwi, znajduje się w około 90% przypadków w spatium parapharyngeum, na przebiegu głębokich naczyń szyjnych a w około 10% — może sepsa wychodzić z ropnia okołomigdałkowego.

Infekcja w większości przypadków szerzy się w pierwszym etapie z migdałka podniebiennego drogą chłonną, albo jednocześnie drogą ropowiczego nacieczenia przestrzeni okołogardłowej w kierunku wielkich naczyń szyjnych. Dochodzi do stanu zapalnego naczyń i gruczołów chłonnych. Szczególnie często bywa dotknięty gruczoł, znajdujący się w miejscu połączenia v. jugularis inter. i facialis com. (t. zw. lgl. jugularis prof.); ten to gruczoł bardzo często ropieje i przebija się do żyły jarzmowej, lub twarzowej wspólnej. Ropowice z przestrzeni okołogardłowej szerzą się wzdłuż wielkich naczyń szyjnych lub też mięśni szyi do śródpiersia lub do karku—albo do dołu podszczękowego, czy też do przestrzeni pozagardłowej, albo wreszcie anatomicznemi otworami do wnętrza jamy czaszkowej. Przy ropowicy dochodzi do nacieczenia krwawego tkanek, co jest oznaką przepuszczalności ściany naczyń; następnie tkanka ulega destrukcji i powstają jamy wypełnione ropą, wśród których przebiegają niekiedy większe naczynia. Ropnie gdziekolwiek na szyi, jak również zropiałe gruczoły należy uważać za najważniejszy czynnik powstania sepsy, zwłaszcza

kiedy ropień czy też zropniały gruczoł znajduje się w sąsiedztwie większych żył lub splotów żylnych. Do przedostania się infekcji do krwi dochodzi najczęściej w przestrzeni okołogardłowej, może wszakże dojść również gdziekolwiek indziej na szyi, ewentualnie równocześnie w wielu miejscach.

Aby nasze wywody o patogenezie sepsy po anginie stały się jaśniejsze porównamy patogenezę sepsy po anginie z patogenezą sepsy otogennej.

Wyobraźmy sobie ropny stan zapalny ucha środkowego, który prowadzi do zakrzepowego zapalenia zatoki esowatej i zakażenia ogólnego. Mamy tu 3 etapy: ropienie ucha środkowego, następnie stan zapalny wyrostka sutkowego i wreszcie zmiany na ścianie zatoki— najczęściej ropień okołozatokowy lub periphlebitis zatoki esowatej. Powyższe zmiany znajdujemy w około 90% wszystkich otogennych zakrzepowych zapaleń żylnych, w pozostałych około 10% są to pierwotne zakrzepy bulbus super. v. jugularis, v mastoideae i zatok skalistych.

Teraz wyobraźmy sobie ostrą anginę lakunarną wzglę̨dnie ropień okołomigdałkowy, które doprowadziły do sepsy. Mamy tu taksamo 3 etapy: ropienie w migdałku, ew. w najbliższem jego otoczeniu, dalej stan zapalny w przestrzeni okołogardłowej i wreszcie ropnie czy też zropiałe gruczoły chłonne na jugularis inter., facialis com. lub posterior. Dopóki stan zapalny ogranicza się do ucha środkowego, względnie do migdałka, możliwość powstania sepsy jest bardzo małą natomiast jeżeli stan zapalny przeniesie się na wyrostek sutkowy względnie do przestrzeni okołozatokowej, powstają warunki odpowiednie dla wytworzenia się septycznego zakrzepowego zapalenia żylnego, zwłaszcza jeżeli się w pierwszym przypadku wytworzy się ropień okołozatokowy czy też, jak w drugim przypadku—ropień lub ropiejące lymphadenitis na jugularis interna.

I rzeczywiście możemy podczas operacji sepsy po anginie znaleść zupełnie takie same zmiany na jugularis interna, jakie widzimy na zatoce esowatej w wypadku otogennego zakrzepowego zapalenia żylnego. Jest tu cały szereg stopni zmian: od lekkich zmian okołożylnych aż do ciężkich nekroz ściany żyły jarzmowej. To tyczy się większej części seps po anginie—może dla 90%, albo i nawet więcej; a więc stosunek taki sam jak u seps otogennych. Tak jak przy powstaniu sepsy otogennej odgrywa główną rolę zatoka esowata, tak przy sepsie po anginie — jugularis interna. Pozostałe zatoki, jak również żyły wpadające do zatoki esowatej mają zasadniczo podrzędne zna-

czenie dla powstania sepsy otogennej—znaczenie odpowiadające żyłom wpadającym do żyły jarzmowej, resp. gałązkom tychże żył przy powstaniu sepsy po anginie

Te nasze wiadomości o powstaniu sepsy po anginie mają wielkie znaczenie dla terapji tego cierpienia. *Lange* mówi, że powstanie sepsy po anginie u człowieka jest analogiczne do powstania sepsy otogennej — przedstawiał sobie wszakże, że ropień okołomigdałkowy odgrywa rolę ropnia okołozatokowego i dla tego kładł nacisk na wyłuszczenie migdałków w terapii sepsy po anginie. Lange'go naśladowali wszyscy niemieccy autorzy i autorzy drugiej grupy jak *Claus-Voss* i zwolennicy *Uffenorde'go*; wszyscy doradzali tonsilektomję poza operacją zewnętrzną na szyi przy leczeniu sepsy po anginie. Nasz pogląd na tę sprawę jest inny: migdałek podniebienny nie jest w 90% przypadków ogniskiem septycznem, tylko wrotami dla wtargnięcia infekcji, która z migdałka może się rozszerzyć nazewnątrz fasciae pharyngeae do przestrzeni okołogardłowej, a dopiero tutaj, kiedy się rozleje na wielkiej przestrzeni, w okolicy obfitej w wielkie pnie i sploty żylne, wywiera na te ostatnie niszczący wpływ.

Porównanie sepsy otogennej z sepsą po anginie możemy jeszcze bardziej rozwinąć: paracentezę bębenka możemy przyrównać do nacięcia ropnia okołomigdałkowego: paracentezą chcemy zapobiec rozszerzaniu się ropienia na wyrostek sutkowy, nacięciem ropnia okołomigdałkowego zapobiegamy przebiciu się tegoż do przestrzeni okołozatokowej. Stan zapalny ograniczony tylko do ucha środkowego może także wywołać zakrzep w bulbus jugul. super.— lecz pierwotne zakrzepy opuszki są jednak w porównaniu ze zwykłą thrombozą zatoki esowatej, wynikłej z zapalenia wyrostka sutkowego, tak rzadkie, że czyni to zaledwie kilka %. A zatem nie stan zapalny ograniczony do ucha środkowego, czy też w przestrzeni okołomigdałkowej grozi powstaniem sepsy, lecz proces ropny, który przeszedł na wyrostek sutkowy, względnie do przestrzeni okołogardłowej. A więc: nie każde mastoiditis, periphlebitis i ropień okołozatokowy prowadzi do zakrzepu w zatoce esowatej, tak jak nie każda lymphadenitis czy też phlegmona colli z okołożylnem zapaleniem naczyń szyjnych nie znamionuje jeszcze sepsy. Z obrazów spostrzeganych podczas trepanacji dobrze wiemy, że jest dużo periphlebitidów i ropni okołozatokowych bez oznak septycznych, tak jak wiemy, że otworzenie głębokiej phlegmony szyi zwykłem cięciem, bez skontrolowania wielkich naczyń wystarczy dla zupełnego wygojenia.

Wreszcie należy wspomnieć o wzroście zakrzepu i wymywaniu się z niego infekcji do organizmu w wypadku sepsy po anginie. Infekcja nie przenika do organizmu z odcinka żylnego obiegu zatokowo-jarzmowego wypełnionego zakrzepem, tak często w kierunku prądu krwi, jak przeciw prądowi krwi. Za tem twierdzeniem przemawia szereg spostrzeżeń w sepsach otogennych i 5 naszych nowych przypadków sepsy po anginie, w których zakrzep przeszedł z żyły jarzmowej przez bulbus super. v. jugularis do zatoki esowatej, względnie poprzecznej. W wypadku otogennej trombozy zatoki, jeżeli się dostanie zakrzep do bulbus super. v. jugul., znajdujemy żyłę jarzmową często jako spłaszczony powrózek bez krwi a bardzo często także bez zakrzepu. Ściany wielkiej żyły, która nie jest wypełniona krwią ani z zatoki esowatej, ani z dolnej zatoki skalistej, nakładają się na siebie, zlepiają się a żyła nie przewodzi ani krwi ani infekcji. Inaczej jest w zatoce poza zakrzepem: krew tu silnie uderza o zakrzep, wiruje a niemogąc dalej przedostać się, wraca się ze ślepego zaułka, zabierając ze sobą urwane cząsteczki zakrzepu. Podobnie jak w otogennych trombozach bywa tak samo w zakrzepach żyły jarzmowej w sepsie po anginie, jeżeli zakrzep sięga tak wysoko, że nie możemy go z rany na szyi uchwycić, t. j. do górnej opuszki żyły jarzmowej, albo jeszcze dalej do zatoki esowatej i poprzecznej. Ściany zatoki poza zakrzepem mające stały przypływ krwi a nie mające anatomicznej możliwości nałożyć się na siebie, nie zlepią się, jak żyła jarzmowa, przebiegająca w miękkich częściach i nie można liczyć na organizację zakażonego zakrzepu w zatoce esowatej lub poprzecznej.

Dla patologji i terapji sepsy po anginie możemy z naszych spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń na zwierzętach wyciągnąć następujące wnioski:

1) Największy nacisk należy kłaść na otworzenie ropni w przestrzeni okołozatokowej, czy też na przebiegu wielkich naczyń, czy wreszcie gdziekolwiek na szyi — wypuszczenie wolnej ropy i opanowanie całego ropowiczego, okołożylnego ropienia. Rozpadłe, zropiałe gruczoły, leżące na jugularis inter., należy uważać za łożysko ropne i dlatego trzeba te gruczoły usunąć. Również należy otworzyć ropnie peritonsilarne, retrotonsilarne, względnie retropharyngealne, jeżeli istnieją.

2) Należy zwrócić uwagę na zmiany na naczyniach zwłaszcza na jugularis inter., facialis com., anter. i poster. ewentualnie v. thyreoidea super. Uszkodzone naczynia należy podwiązać, jeżeli zawierają zakrzepy, otworzyć je podłużnie i zakrzep wyjąć, albo co lepiej, całą

żyłę resekować. Jeżeli zakrzep sięga do dolnej opuszki, należy podwiązać w miejscu połączenia się żyły jarzmowej z podobojczykową — jeżeli jest wypełniona zakrzepem opuszka górna, trzeba drogą trepanacji obnażyć zatokę i tamponować. W tym kierunku może postępować zakrzep przez zatokę esowatą do poprzecznej — naszem zadaniem jest ustalenie zasięgu zakrzepu i wykonanie tamponady poza zakrzepem. Znaczenie zatoki esowatej i poprzecznej nie było dotąd należycie doceniane. Bezspornie ma wielkie znaczenie dla szerenia się zakrzepu przeciw prądowi krwi w sepsie po anginie a zabiegi na niej będzie trzeba dokonywać w więcej niż w połowie przypadków. Sądzę, że to nasze odkrycie będzie miało znakomity wpływ na zmniejszenie śmiertelności, która dotąd dochodzi do 50%.

3) Tonsilektomji w 90% przyp. sepsy po anginie nie przypisujemy żadnego terapeutycznego znaczenia, ponieważ migdałki podniebienne nie przedstawiają ogniska septycznego. Tonsilektomja jest wskazana tylko tam, gdzie niema zmian na szyi, w przestrzeni okołogardłowej, na przebiegu wielkich naczyń lub też na samych naczyniach — t. j. w około 10% przypadków. Jeżeli idzie o lymphadenogenny zakrzep żyły jarzmowej albo twarzowej wspólnej, tonsilektomja nie jest wskazana, jak nie jest wskazana doszczętna operacja w ostrem zapaleniu ucha środkowego, które wiodłc do wytworzenia się zakrzepu w zatoce esowatej. W tych to przypadkach należy uważać tonsilektomję za zabieg zupełnie zbyteczny.

Klinika otorinolaringološka universiteta kr. Jugoslavije u Zagrebu.
Upravnik Prof. Dr. A. *Sercer*.

Dr. B. GUŠIĆ — I asistent Klinike.

Utjecaj geografske sredine na razvitak otolaringoloških oboljenja u Jugoslaviji.

Velika je ovisnost čovjeka o geografskim faktorima njegove okoline. Utjecaj tih faktora ne očituje se samo fizički nego i psihički, ne samo u načinu života nego i u oblicima shvaćanja i mišljenja. Već su antikni geografi *Strabo*, *Herodot* i drugi, dovodili u uzročnu vezu karakter geografske sredine sa načinom života pojedinih naroda. *Ibn Haldun*, arapski učenjak 14 stoljeća, prvi je pak ukazao na ovisnost socijološke strukture ljudskoga društva od geografske okoline, naročito klime. Slavni *Gumplowitz* bio je onaj, koji je ovu tvrdnju

Ibn Halduna dalje razradio i uveo u modernu sociologiju. No isto tako kako geografska sredina utiče na psihički i fizički život čovjeka uopće, tako bez sumnje djeluje i na njegovu patologiju. Za takav opet studij bezuvjetno je potrebno detaljno poznavati djelovanje svih tih geografskih faktora na etnološku strukturu ljudskoga društva u nekome kraju. Tek kad je taj preduvjet ispunjen, onda je moguće pristupiti rješavanju odnosa geografskih faktora na patologiju izvjesne etnološke grupe. Premda su upravo u etnološkom pogledu prilike na Balkanskom Poluostrvu veoma komplikovane i slabo rasvijetljene, a geografski faktori tek u glavnim crtama poznati, pa i to zahvaljujući *Cvijiću* i njegovoj školi, — pokušat ću, da vam u nekoliko riječi prikažem uticaj geografske sredine na razvitak otolaringoloških oboljenja u Jugoslaviji. Iz velikoga kompleksa ovakovih problema uzet ću sam nekoliko glavnijih i istaknuti njihov značaj. Kod toga ću se služiti uglavnom rezultatima vlastitih ispitivanja, vršenih u posljednjih deset godina u različitim predjelima Jugoslavije.

Za proučavanje odnosa između geografske sredine i pojava, dotično prostiranja izvjesnih oboljenja, Jugoslavija pruža veoma podesne uslove. Široke, po svom načinu života izrazito zemljoradničke oblasti Panonskoga basena, Morave i Povardarja pružaju sasvim druge životne uslove nego izolovane i ekonomski siromašne planinske oblasti, gdje još polunomadski stočarski život, baština starih balkanskih civilizacija, proživljuje posljednje dane. Dinarski planinski sistem čini glavnu okosnicu relijefa u Jugoslaviji. To je centralna os, oko koje se s jedne strane okupljaju karsne oblasi Jadranskog primorja, a s druge strane široke, nekad stepne ravnice Panonske nizine i velikih rijeka dunavskoga sliva. Dok se životni uslovi tih ravnica ne razlikuju mnogo od životnih prilika i ekonomskih uslova u analognim oblastima susjednih država, stočarski život u zabačenim planinskim predjelima Dinarida oblikuje zaseban ljudski tip, koji će i na infekte bolesti drugačije reagirati nego primorac u jadranskim gradovima ili zemljoradnik u agrarnim oblastima. Da bismo mogli dublje zaći u taj problem, treba da se pitamo, kakove su životne prilike u tim oblastima, kakova je sredina u kojoj je taj život nastao i u kojoj se razvijao, koje su vitalne kondicije, što izviru iz geografske fizionomije kraja i historijskih faktora, jednom riječju, koji su biološki zakoni, što vladaju u ovim oblastima? Da to sve razmotrimo neka mi bude dozvoljen kratak ekskurz u ovom biološkom smislu u život ovih oblasti.

Rekli smo, da Dinarske planine sačinjavaju glavnu os relijefa u Jugoslaviji. Građene su od specifičnih vapnenaca pa uslijed ove

građe i još zbog nekih klimatskih faktora rezultira za ovu oblast toliko značajan fenomen karsta. Kao geografska sredina, karst pruža znatno različitu biološku osnovu negoli svaka druga oblast normalne građe. Poznat je problem karsne hidrografije, — periodsko opadanje, odnosno porast nivoa izdanske vode, što u suhim ljetima povlači za sobom potpunu bezvodnost ogromnih predjela. Po relijefu mogli bismo Dinaride usporediti nizu stepenica, terasa, što se strmo dižu od obale Jadranskoga mora do relativno visokog i nerazvedenog razvođa, a na drugu stranu položito silaze u basen panonske nizine. Na jadranskoj strani jak je utjecaj mediteranske klime. Ljeta su sušna i žarka, bez rose, kiša je ograničena na zimsku polovicu godine. Od vjetrova opće je poznata aridna studena bura sa svojim pogubnim utjecajem na vegetaciju. Prirodni biljni pokrivač ove oblasti predstavljaju trava te nekad kontinuirana formacija mediteranskog hrasta. No ove karsne dubrave nisu nikad davale sliku šume humidne klime i normalnog tla. Tlo je u karstu sastavljeno ne od tri horizonta kako je obično, nego od dva, od A i C—horizonta. Po ovom svom sastavu može da pruži podlogu za rast isključivo šumi nježne strukture. Prema svemu tomu samo na uskom području karsnih polja, redovno plavljenih, i sa debljim nanosom zemlje crljenice, ima uvjeta za razvitak zemljoradnje. Čitava ostala oblast biološki vlada se kao stepa, te predstavlja prema tomu izrazito stočarsku domenu. Uistinu stočarski nomadizam ostao je na jadranskoj strani Dinarida sve do danas jedini način života u skladu sa zadanim biološkim uslovima geografske sredine. — U oblasti Dinarskih planina razvile su se dvije amplitude nomadskog kretanja. Jednoj i drugoj kao ljetna etapa služe alpski pašnjaci iznad 1500 metara nadmorske visine na razvođu jadransko-pontskom. Smjer kretanja zadan je relijefom tla, te zimnju etapu čini za unutrašnju amplitudu Panonska nizina, za vanjsku jadransko primorje. Panonska zona je nekad bila izrazito stepna oblast sa opsežnom amplitudom kretanja bez fiksne etape prelaznih sezona. No već iz prehistorije vidimo u toj oblasti simbiozu nomadizma i zemljoradnje, od kojih postepeno prevladava ovaj drugi sesilni način života.—Jadranska zona, kako rekosmo, nema uvjeta za razvitak zemljoradnje. Što se nomandskih oscilacija tiče, ova zona nema rasezanja evrazijskih ravnica, njena je amplituda skučena na usko područje jadranskog pobočja Dinarskih planina. Tako se kretanja ne vrše na daljinu, nego preko etapa znatne visinske razlike. Uslijed toga osim dviju fiksnih etapa, — najviše, ljetne, i najniže, zimnje, — razvija se još i treća na srednjoj visini, ista za boravak

jesenji i proljetnji. Stočarski nomadizam ekonomično raspolaže s onim čednim imutkom, što mu ga karsna oblast stavlja na raspoloženje. Nježni biljni pokrivač karsnoga tla, oštećivan za vrijeme boravka i paše, pravilno se obnavlja u doba mirovanja, a stoka đubrenjem još doprinosi stvaranju A—horizonta u tlu. Nomad je lako pokretan i brz u odlukama, te na svaki osjetljiviji klimatski ili ekonomski poremećaj pučanstvo odgovara jakom ekspanzijom. Tako planinski predjeli predstavljaju stalan rezervoar zdravog ljudskog materijala, što bilo tihom infiltracijom bilo snažnim impulzom vrši stalan priliv u nizinske krajeve. Pa i sama periodska promjena boravišta djeluje na razvitak ljudstva povoljno, osobito što se tiče zdravstvenih prilika primitivnog društva. Za vrijeme pauze očisti se i dezinficira koliba i njena okolina. Ljetni boravak u planini djeluje blagotvorno na čovjeka i na stoku. Hrana (meso, mlijeko, mrs, med) je izdašna. Upotpunjuje se vegetabilnom hranom (žito, maslinovo ulje) što se nabavlja od suviška vlastitih proizvoda. Odijelo, domaći proizvod od ovčje vune, solidno je i svrhovito, te čvrsto štiti čobanina od vremenskih nepogoda. I društvo razvija se prema ustaljenim normama nomadskoga života. Brak je strogo egzogaman, porodica patrijarhalna, snohačestva u pravilu nema, poznat je velik broj porođaja i jak prirast pučanstva. Izolovan planinski položaj podalje od drumova, osobito vojničkih, smanjivao je mogućnost infekcije na minimum.

U današnjoj civilizaciji nomadizam ne može postojati. Stočarskim kretanjima stavljaju se zapreke, naselja se stabiliziraju, pučanstvo se privodi sesilnom životu, forsira se gusta populacija. Taj proces stabilizacije nomada vrši se već stoljećima. Kao posljedica svega dolazi do pretjerane eksploatacije tla, time do uništenja vegetacije. Tako nestaje u tlu A—horizonta, izbija C—horizont. To je problem karsta. Karstifikacija nužno dovodi do znatnog opadanja agrarne privrede. Druge zamjene za stari način života nema.

To je danas biološki problem dinarskoga sela.

Nema više pređašnje ritmičke pokretnosti. Porodice vrlo bogate djecom prisiljene su da stalno borave i da živu na zemljištu, koje ih ne može prehraniti. Zbog toga pred rat dolazi do jake emigracije u Ameriku. Danas je mogućnost ekspanzije iz prenapučenih predjela minimalna. Nužna posljedica je slaba ishrana, što se osobito opaža kod djece. Starinsko sukneno odijelo sve se brže zamijenjuje slabom industrijskom robom, relativno veoma skupom i posve nedovoljnom da čuva tijelo od vlage i studeni. Uslijed slabe obrane mogu da nesmetano izbijaju loše strane klimatskih nepogoda, kao

na primjer velika vlaga za zimnjih kiša. Kao materijal za gradnju kuća služi u ovim predjelima vrlo porozni kamen vapnenac. Pod je gola nabijena zemlja. Čitava je kuća obično jedna ili dvije prostorije. Dok je posred ovake kuće stajalo otvoreno ognjište i uz obilje se goriva podržavala trajna vatra, ma kako bio primitivan taj način, oganj je sušio kuću, zidove i tlo, grijao svu prostoriju, a dim i čađa raskuživali i konzervirali drvene dijelove zgrade od truleži. Kako moderna racionalizacija, primijenjena bez nove ekonomske baze, dovodi do loših pojava, najbolji nam je primjer, kad danas u ovakovoj starinskoj kamenoj kući nalazimo tvornički limeni štednjak, koji doduše troši malo goriva, ali uza nj kuća ostaje naskroz vlažna. Uz slabu ishranu baš ova činjenica dovodi do česte limfatične konstitucije kod dinarskog pučanstwa. Tako smo u Hercegovini od 300 pregledane djece kod 98 njih našli jaku hipetrofiju čitavog limfatičnog prstena. Da je upravo kamena gradnja, odnosno zimska vlaga, glavni razlog tim hipertrofijama, može se pratiti u Vasojevićima u okolini Andrijevice. Dok su seoske kuće u ovom planinskom predjelu isključivo drvene, dotle je sama varošica Andrijevica građena iz kamena. I zaista smo među seoskom djecom kod 100 pregleda našli samo dvojicu sa hipertrofijom limfatičnog prstena, dok smo je između 50 varoške djece našli u 20 slučajeva.

Ali je novo doba i u svim drugim pravcima posvema promijenilo način života u dinarskim predjelima. Moderno je vrijeme stvorilo nove mogućnosti prometa, građene su nove ceste i željeznice, planinske su oblasti naglo izgubile značaj izolovanosti. Posljedica toga je, da je široko otvoren put različitim infekcijama Čovjek stiče dojam da su planinci iako po prirodi zdrave i čvrste konstrukcije posve malo otporni prema aktuelnim infekcioznim oboljenjima. Akutne infekciozne bolesti harače kudikamo intenzivnije nego u ostalim od davnine otverenim oblastima, a i njihove su posljedice u pravilu žešće. Često su komplikovane gnojnim otitidama, koje zbog nedovoljnog liječenja najčešće postaju kronične. 95% svih kroničnih otitida, među kojima ima mnogo teških forma, posljedica su u djetinjstvu preboljelih infekcioznih bolesti. Od toga su u daleko najvećem broju postskarlatinozne otitide, 80%, zatim posttifozne 9%, pa postgripozne 6%, dok preostatak od 5% otpada na difteriju i morbile. Tuberkuloznih otitida, kao što uopće tuberkulozu kostiju, nalazimo češće u oblastima s kamenom kućom, dok u šumovitim krajevima prevladava pulmonalna forma. Uporedo ovim brojevima javlja se i razmjer teže nagluhosti, odnosno posvemašnje gluhoće

i gluhonijemosti kod djece, gdje uz skarlatinu i gripu najvažniju ulogu igra encefalitida, u našem materijalu u preko 30% slučajeva, Da su i u ranija vremena infekcije prodirale istim smjerom kuda se najjači promet odvijao, dokazom nam je raširenje lepre u Dinarskim predjelima. Istraživanja *Glücka, Kujačića* i *Praštala* pokazala su, da je infekcija lepre u ovim planinskim krajevima novijega datuma, vezana bez sumnje uz dolazak Turaka. Leprozna žarišta i danas su još okupljena uz stare sredovječne turske drumove i mjesta sa stalnim vojničkim turskim garnizonama. Tako od Sarajeva na istok put Višegrada i Plevalja, te na sjever put Srebrenice, Vlasenice, a osobito uz važnu cestu iz Konjica i Rame u stari Onogošt, današnji Nikšić, za Kosovo i Metohiju, odnosno na zapad put Jajca i Cazina u Krajinu.

Još je jedna bolest na koju se moramo osvrnuti u ovom našem prikazu, a to je sklerom. Na osnovu dosadašnjih ispitivanja, koja su vršena poglavito na našoj klinici, možemo slučajeve skleroma podijeliti u dvije grupe: jedno su t. zv. endemična nalazišta skleroma, drugo slučajevi, gdje se može sa sigurmošću utvrditi, da je infekcija donesena izvana. Sva tri naša endemička žarišta nalaze se u Podravini, u kraju isključivo zemljoradničke privrede, među žiteljstvom, koje antropološki po svojim glavnim karakteristikama pripada čisto slovenskom tipu. To su one ekskvizitno zemljoradničke oblasti bogatih nizina panonskoga basena, koje su neorganizovane slovenske mase laganom infiltracijom još prije sedmoga vijeka, u doba Koceljeve države i avarske prevlasti, napučile našim življem. To je onaj slovenski tip, koji je u isto vrijeme napučio i bogate kotline Povardarja i Rumelije, koji je sašao u Solunsku Kampanju i daleko na jug u Peloponez, koji je u doba svojih najjačih migracionih pokreta znao da zaprijeti i samim Carigradskim zidinama. Po načinu života i privrednim prilikama, te po geografskim morfološkim i klimatskim faktorima, ove oblasti mnogo naliče na prilike u Slovačkoj i Galiciji, odnosno Ukrajini. Kad bi geografska okolina, dotično rasni tip igrao bilo kakovu ulogu u raširenju skleroma, onda bismo upravo u ovim oblastima naše države morali očekivati, da je sklerom jače raširen i mnogo češći. Štaviše, morali bismo logički pretpostaviti niz žarišta u čitavoj zemljoradničkoj oblasti Povardarja i Panonske nizine. No naša endemička žarišta lokalizovana su samo na uzan predio najsjeverozapadnijega dijela ove oblasti, na okolinu Maribora, Varaždina i Bjelovara, dok nam dosada nije poznato ni jedno endemičko žarište u istočnim, odnosno u južnim predjelima

naše države. Stoga je posvema opravdana Šercerova tvrdnja, da rasa u epidemiologiji skleroma ne može igrati nikakovu ulogu. No rasprostranjenje skleroma ne može da bude u vezi ni sa životnim standartom bolesnika. Upravo na našoj klinici imali smo prilike u posljednjih deset godina promatrati bolesne na skleromu i iz ekonomski uravnoteženih krugova. Osim toga sva naša endemična žarišta skleroma leže u kraju, što ga možemo i što se higijene tiče a i visine životnog nivoa, ubrojiti u naprednije i umućnije oblasti naše države. U najsiromašnijim našim krajevima, a ti su Dinarske oblasti, nema endemičnog skleroma, bar nije dosad poznat nijedan siguran slučaj. U sporadičnim slučajevima, koje smo iz tih oblasti imali prilike promatrati, donesena je infekcija iz Rusije, odnosno Galicije, gdje su bolesnici boravili za vrijeme rata i tamo se inficirali ili se, tako kod Petrovca i Banjaluke u Bosni, radi o Ukrajincima, naseljenim u posljednjih 25 godina u tom kraju. Vrijedno je istaći, da su svi bolesnici zemljoradnici i da bolest nije zahvatila nikoga od dinarskog pučanstva u okolini. Poznata su nam dva slučaja kod Banjaluke u jednoj ukrajinskoj porodici, gdje roditelji, koji su se doselili iz Ukrajine prije 30 godina, nemaju nikakovih vidljivih znakova skleroma, dok su oba sina, rođena u novoj postojbini u Bosni, došla k nama na kliniku s teškim skleromatoznim promjenama. Oba bolesnika nisu do svojeg puta na kliniku u Zagreb nikad ostavljala svoju rodnu kuću, tako te je svaka mogućnost infekcije u samoj Jugoslaviji posve isključena. Takav sličan način infekcije sa skleromom moramo pretpostaviti i za naše t. zv. endemične centre: Maribor, Varaždin i Bjelovar. U historijskim izvorima ovih krajeva ništa ne doznajemo o toj bolesti, premda bi joj sigurno nalazili spomena u doba Vojne Krajine, u kojoj se i te kako vodilo računa o zdravstvenom stanju pučanstva, a upravo su Varaždin i Bjelovar još do pred 50 godina pripadali u Vojnu Krajinu. Prema tome je vrlo vjerojatno, da infekcija nije nikako starija od razvojačenja Vojne Krajine, a lako je moguće, da je donesena emigrantima iz Moravske, od kojih neke porodice i danas živu u okolini Bjelovara. Prema tomu kao da je postanak skleroma u našim t. zv. endemičnim centrima analogan procesu, koji se još danas zbiva pred našim očima u Petrovcu i Banjaluci, samo što je starijega datuma i zbog toga na prvi pogled manje jasan nego u svježe inficiranim mjestima u Bosni.

Kod nijedne druge infekciozne bolesti nije veza između geografske okoline i oboljenja tako očita kao kod malarije. Kao u svim suptropskim zemljama, malarije ima i u Jugoslaviji. U naš prikaz ulazi ma-

larija zbog specifičnih rinitida kod kroničnih forma i zbog slučajeva nagluhosti, koji nastaju također kod kronične malarije kao posljedica intoksikacije kininom. — Malarična rinitida nastupa kod kroničnih forma kao jedan od prvih simptoma kod ponovne aktivacije procesa. Nakon kraće ili dulje pauze kad se bolesnik osjećao potpuno zdravim, pojavljuju se glavobolje isprva slabije, kasnije sve jače, koje postepeno postaju sve intenzivnije. Uporedo s njima ili neposredno prije početka glavobolje dobiva bolesnik hunjavicu. Pacijenti se tuže da im je začepljen nos, a iz nosa im teče neka bistra serozna lako žućkasto obojena tekućina Rijetko kad dolazi do podražaja na kijanje. Kod rinološke pretrage vidimo jako hiperemičnu sluznicu školjki, osobito donjih i jaku nabubrelost sluznice osobito na polovima. Septum nije tangiran, šta više, gdjekada ostaje čak i sluznica septuma sasvim blijeda. Takovo stanje potraje nekoliko sati, da zatim odjednom posve nastane. Nakon antimalarične terapije nestaje ovakova rinitida zajedno sa glavoboljama netragom.

Intoksikacije osmoga živca sa kininom nisu rijetke u oblastima kronične malarije. U Južnoj Srbiji, oko Peći i Kosovske Mitrovice, gdje se zbog teških forma endemičke malarije pučanstvo već godinama sistematski liječi velikim dozama kinina, nalazimo uz kininorezistentne bolesnike i dosta takovih, koji zbog nagluhosti traže liječničku pomoć. U Kosovskoj Mitrovici na primjer moglo se tačnim ispitivanjem ustanoviti, da postoji relativno velik broj nagluhosti kod ljudi u dobi od 30 do 50 godina, koji uz negativan Wassermann i negativan otoskopski nalaz nisu mogli u anamnezi ništa drugo navesti, osim što boluju na kroničnoj malariji, zbog koje svake godine uzimlju veće doze kinina. I ako ova posljednja dva oboljenja: malarična rinitida i nagluhost uslijed intoksikacije kininina, strogo ne spadaju u našu temu, spomenuo sam ih, jer im se dosada nije poklanjala gotovo nikakova pažnja.

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala Szkolnego C. W. San. w Warszawie.

Dr. STANISŁAW ANKUDOWICZ
mjr. - lek.

Powikłanie zatokowe w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego na podstawie materjału z oddziału usznego Szpitala Szkolnego C. W. San.

Powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu chorób usznych mogą umiejscowić się we wszystkich częściach jamy czaszkowej. Mózg, opony mózgowe i zatoki żylne ulegają w rozmaitym stopniu sprawom chorobowym.

W ramach niniejszego referatu chcę poświęcić kilka uwag jednemu z tych ciężkich powikłań, a mianowicie powikłaniom zatokowym i również wyciągnąć odpowiednie wnioski głównie co do leczenia tego cierpienia na podstawie naszego materjału szpitalnego, który obejmuje 20 przypadków zakrzepów zatok mózgowych za czas od 1923 r. do 1932 r.

Zakrzepy zatok mózgowych obok ropni zewnątrzoponowych niewątpliwie stanowią najczęstsze powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu chorób usznych. Pomimo istnienia olbrzymiego pismiennictwa w tej kwestji, statystyka jednak nie jest wyczerpująco ujęta i zdania autorów są podzielone. W stosunku do ogólnej liczby ropnych cierpień uszu *Haymann* przytacza 53 przypadki zakrzepów na 12.000 ropotoków usznych, co wynosi 0,44%, *Hegener* zaś 51 przypadków na 10,000 chorych t. j. 0,51%. U *Lewina* odsetek w porównaniu z innymi autorami jest bardzo duży, bo wynosi 4,4% — miał on 117 przypadków zakrzepu na 2645 chorych. Na naszym oddziale spostrzegaliśmy na ogólną liczbę 2122 chorych 20 przypadków zakrzepu co stanowi 0,9%. Liczba zakrzepów zatok mózgowych w stosunku do liczby operowanych przypadków wynosi u nas 3,9%. *Körner* na 1814 trepanacyj miał 61 przypadków zakrzepów czyli 3,1%, *Lewin* na 500 miał 21 zakrzepów t. j. 4,2%. Dane co do częstości zakrzepów w porównaniu do innych powikłań wewnątrzczaszkowych są następujące: według *Körnera* zakrzepy stanowią 66,3% wszystkich powikłań wewnątrzczaszkowych, według *Haymanna* 61,9%, według *Lewina*—53,3%.

Z 20 naszych przypadków zakrzepów 13 wystąpiło jako powikłania w ostrych cierpieniach ucha środkowego, pozostałe 7 w prze-

wlekłych ropotokach, co jest sprzeczne ze statystyką innych autorów. U *Blau* 60,3% przypada na przewlekłe, 39,7% na ostre zapalenie ucha środkowego, u *Lewina* 56,4% i 43,6%. Różnica ta tłumaczy się specjalnym wyborem materjału ludzkiego w wojsku, gdzie przypadki przewlekłe wyeliminowane są na komisji poborowej przed wcieleniem do wojska.

Po stronie prawej stwierdzono 11 przypadków zakrzepu, po lewej 9. Według *Körnera* zapalenie zatok mózgowych zdarza się częściej po stronie prawej, aniżeli po lewej, gdyż zatoka poprzeczna prawa jest obszerniejsza i głębiej zachodzi w wyrostek sutkowy. Nasze dane statystyczne wydają się być zgodnemi z tem zdaniem. Natomiast *Haymann* na podstawie zestawienia kilku obszerniejszych statystyk przychodzi do wniosku, że twierdzenie powyższe niema uzasadnienia.

Sprawa zapalna wyrostka sutkowego może przedostać się do zatoki esowatej dwiema drogami. Do nich należy w pierwszym rzędzie bezpośrednie przejście infekcji z chorej kości na ścianę zatoki (per continuitatem). Tkanka kostna w takich wypadkach w najbliższem sąsiedstwie zatoki bywa zmieniona od nieznacznego stanu zapalnego aż do rozmiękczenia na większej lub mniejszej przestrzeni. Druga i rzadsza droga przenikania infekcji od ogniska pierwotnego prowadzi przez drobne żyły kostne, które odprowadzają krew z wyrostka sutkowego do zatok mózgowych. Do zatoki poprzecznej infekcja może przedostać się przez v. emissariae lub te drobne żyłki kostne, które łączą się z zatoką w sulcus transversus. Te żyły kostne mogą być pierwotnie zajęte przez zakażone zakrzepy, które przechodzą do zatoki, względnie sprawa zapalna posuwa się wzdłuż kanalików kostnych. Przy powstaniu powikłań zatokowych dużą rolę odgrywa budowa wyrostka sutkowego, co w naszem piśmiennictwie podniesione zostało przez *Wąsowskiego*. W obserwowanych przez niego 102 przypadkach operowanych wynika, że w wyrostkach o budowie wyraźnie komórkowej rzadziej się spotyka powikłania ze strony zatoki, niż w wyrostkach o budowie diploetycznej.

Zmiany spotykane na ścianach zatoki występują w postaci zgrubienia, nalotów lub ziarniny, rzadziej w postaci rozmiękczenia lub nawet rozpadu martwiczego. Wreszcie między ścianą zatoki i kością napotykamy ogniska ropne (ropień okołozatokowy).

Do powstania zakrzepu niezbędne są zmiany na ścianie wewnętrznej zatoki, które nie powstają pod wpływem samych drobnoustrojów, lecz ich toksyn. Na zmienionej błonie wewnętrznej występuje łuszczenie się śródbłonka i w tem miejscu formuje się przyścienny zakrzep.

W dalszym przebiegu następuje nawarstwienie włóknika i powstaje zakrzep zamykający. Powstały takim sposobem zakrzep może rozszerzać się dośrodkowo i obwodowo (częściej) i zajmować coraz to nowe części innych zatok lub opuszkę żyły szyjnej i samą żyłę szyjną wewnętrzną W przypadkach o przebiegu łagodnym rozpoczyna się bujanie młodej ziarniny dobrze unaczynionej, która przerasta zakrzep i może spowodować jego wessanie. W ten sposób może nawet dojść do restitutio ad integrum. W przypadkach, gdy wchodzi w grę ciężkie zakażenie, nie następuje organizowanie się zakrzepu; brak unaczynienia przyczynia się do rozpadu, cząsteczki zakrzepu trafiają do krwi obiegowej, wywołując przez to tak bardzo skomplikowany obraz kliniczny. Zakrzep w pierwszym okresie swego powstania jest koloru czerwonego, następnie przybiera odcień szarawy, z chwilą rozpoczęcia się ropienia — żółto-zielony.

Z literatury, jak również własnego doświadczenia wiemy, że są przypadki schorzeń septycznych pochodzenia usznego, w których nie stwierdzamy obecności zakrzepów w zatoce. Należy więc przypuszczać, iż przy rozwoju ropnicy infekcja poczęła się szerzyć w kierunku zatoki, przez ścianę której bakterje trafiłv do ogólnego krwiobiegu (*Haymann*). U naszych chorych taka droga szerzenia się zakażenia była zaobserwowana w 3 przypadkach, u których w obecności klinicznych objawów posocznicy ze krwi żyły łokciowej były wyhodowane szczepy paciorkowca hemolitycznego, natomiast ani blaszka kostna, pokrywająca zatokę, ani sama ściana zatoki nie wykazywały uchyleń od normy.

Co do umiejscowienia pierwotnego ogniska zapalnego, to najczęściej podlega zakażeniu zatoka poprzeczna, mianowicie jej część esowata, która ku temu ma najdogodniejsze warunki anatomiczne, gdyż przebiega przez wyrostek sutkowy, a tem samem jest w bezpośredniej łączności ze schorzałą kością. Pierwotny zakrzep zatoki jamistej może powstać bezpośrednio z jamy bębenkowej przez canaliculi carotico-tympanici, przez które przechodzą żyły do plexus caroticus i dalej do sinus cavernosus. Zakrzepy zatok skalistych górnych i dolnych nie mają praktycznego znaczenia, gdyż kliniczne rozpoznanie takowych jest niemożliwe. Zakrzep pierwotny opuszki żyły jarzmowej może nastąpić w ropnych cierpieniach jamy bębenkowej; zakażenie wówczas przechodzi bezpośrednio ze zropiałych komórek wyrostka, umiejscowionych dookoła opuszki żyły lub z jamy bębenkowej przy istniejącej próchnicy kości ściany dolnej, wreszcie w bardzo rzadkich wypadkach infekcja na opuszkę żyły przechodzi

przez wrodzone ubytki w kości. Zakażenie opuszki może nastąpić również drogą naczyniową, a mianowicie przez v. auditiva int. lub przez małe kostne żyłki, przechodzące w dolnej ścianie jamy bębenkowej.

Z pośród drobnoustrojów w tem schorzeniu spotykany najczęściej paciorkowiec, rzadziej gronkowiec, pneumokok, bact. pyocyaneum i inne. Co do częstości występowania paciorkowca, statystyka waha się w granicach 60—70%. Zakrzep może być zakażony już w momencie swego powstania, w innych wypadkach zakażenie zakrzepu następuje w dalszym przebiegu choroby, gdy bakterje z otoczenia lub ze krwi przenikają do zakrzepu (*Haymann*). U naszych chorych paciorkowiec hemolityczny był wyhodowany ze krwi w 13 przypadkach, w jednym krew na posiew wypadła jałowa, z moczu wyhodowano szczep paciorkowca hemolitycznego, w 5 przypadkach krew wypała jałowa przy obecności zakrzepów w zatoce i objawach klinicznych posocznicy, w jednym przypadku nie wykonano badania. Wynik badania krwi na obecność drobnoustrojów nawet przy istniejącym zakrzepie nie zawsze wypada dodatnio, możemy pobrać krew w okresie, gdy bakterje zakażonego zakrzepu nie trafiły jeszcze do krwiobiegu lub gdy trafiła ich tak nieznaczna ilość, że nie daje się ich znaleźć w pobranej próbie.

Objawy kliniczne zakrzepów mózgowych w stadjum wcześniejszem są często tak niewyraźne, że ich rozpoznanie sprawia nieraz duże trudności. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że czasami przypadki zakrzepów zatok dają przebieg kliniczny ukryty, a w pewnym momencie występują gwałtowne objawy septyczne. W takich wypadkach chirurg w czasie trepanacji wyrostka sutkowego, nie podejrzewając żadnych powikłań, stwierdza nieoczekiwane zmiany kości otaczającej zatokę, jak również ściany samej zatoki oraz jej zakrzep. W jednym z naszych przypadków była dokonana trepanacja z powodu zapalenia wyrostka sutkowego, przy stanie podgorączkowym, trwającym od kilku dni, bolesności wyrostka sutkowego na ucisk i obfitym ropnym wycieku z ucha. Tym wszystkim objawom towarzyszył ból głowy. Podczas operacji stwierdzono rozległe zniszczenie kości, które sięgało ku tyłowi za zatokę esowatą. Wobec tego, że blaszka kostna, przykrywająca zatokę, wykazała stan zapalny zatoka została obnażana. Sciana zatoki była pokryta szarawym nalotem, zgrubiała. Podczas punkcji z trudnością udało się wydostać krew. Z posiewu krwi wyhodowano szczep paciorkowca hemolitycznego. Stan septyczny trwał stosunkowo krótko — do ty-

godnia, poczem temperatura spadła do normy i chory prędko się poprawił. W omawianym przypadku mieliśmy do czynienia z zakrzepem przyściennym, który został stwierdzony jedynie podczas operacji, a nie dawał żadnych objawów klinicznych, któreby skłoniły nas do przyśpieszenia zabiegu operacyjnego.

Obraz kliniczny zapalenia zatok żylnych jest zasadniczo obrazem posocznicy i na pierwsze miejsce wysuwa się ciepłota z dość wielkiemi wahaniami, dreszczami i potami. Podwyższenie i gwałtowny spadek temperatury może powtarzać się nieraz kilka razy w ciągu doby. Taka typowa temperatura była obserwowana przez nas w 8 przypadkach. Niekiedy występują mocne bóle głowy w okolicy skroniowej po stronie chorego ucha. W razie powstania przerzutów ciepłota ma przebieg mniejwięcej stały i utrzymuje się na wysokim poziomie. Tętno zawsze przyśpieszone. Z chwilą powstania przerzutów występują objawy ze strony tych narządów, które podległy zaatakowaniu. W naszych przypadkach przerzuty w stawach i tkankach miękkich zaobserwowaliśmy w 8 przypadkach, zajęcie opłucnej i płuc w 2 przypadkach. Z objawów miejscowych ze strony wyrostka sutkowego napotykamy obrzmienie i bolesnośc w większem lub mniejszem nasileniu, zwłaszcza bolesność w okolicy tylnej (emissaria mastoidei) każe myśleć o niebezpieczeństwie ze strony zatoki esowatej, co spostrzegaliśmy w wielu naszych przypadkach. Zmiany otoskopowe w uchu często nie odpowiadają istotnym zmianom chorobowym wyrostka. W wypadkach zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej wyczuwamy na jej przebiegu bolesne zgrubienia. Według *Heinego i Lewina* objaw ten nie jest pewny, albowiem stwierdzenie bolesnej powrózkowatości wzdłuż żyły niezawsze świadczy o obecności zakrzepu. Brak jednak tego objawu nie wyklucza zakrzepu. Przy zakrzepie w zatoce jamistej występuje wytrzeszcz oka po stronie zakrzepu, spowodowany utrudnionym krwiobiegiem w żyłach oczodołu i obrzękiem zastoinowym tkanki. Prócz wytrzeszczu występuje obrzmienie powiek i obrzęk łącznicy, a niekiedy neuritis n. optic. Objawy te nie są stałe, co może poświadczyć jeden z naszych przypadków. Sekcja wykazała zakrzep żyły poprzecznej i jamistej po stronie prawej, który nie dawał za życia żadnych objawów klinicznych.

Rozpoznanie posocznicy pochodzenia usznego zupełnie rozwiniętej nie nastręcza wielkich trudności. Rokowanie powikłań zatokowych jest poważne. Zależy ono jak przy każdej infekcji z jednej strony od zjadliwości drobnoustroju, z drugiej strony od indywidualnej zdolności organizmu do walki z danym zarazkiem. Należy brać

pod uwagę stan narządów oddechowych i narządów krążenia. Smiertelność u nas wyniosła 30%, z 20 przypadków zmarło 6. 4 przypadki wyróżniły się wyjątkowo złośliwym przebiegiem, dając obraz ropnego zapalenia opon mózgowych. Śmierć nastąpiła w okresie 3—7 dni po operacji. 2 inne przypadki miały przebieg posoczniczo-ropniczy.

Leczenie powikłań zatokowych może być tylko chirurgiczne. Przedewszystkiem usuwa się ognisko ropne w wyrostku sutkowym, a więc zwykłe wydłutowanie wyrostka w ostrych stanach zapalnych uszu i operacja radykalna w przewlekłych cierpieniach. W każdym przypadku, pomimo napozór zdrowej blaszki kostnej, obnażamy zatokę na znacznej przestrzeni, aby stwierdzić stan jej ścian. Jeśli ściana zatoki nie wykazuje zmian chorobowych, jest matowo-błękitna, napięta, nie tętni, elastyczna, to w zależności od stanu ogólnego chorego i objawów klinicznych, nie dokonywamy narazie żadnego zabiegu na zatoce. W jednym przypadku pomimo zupełnie zdrowej zatoki, ale z powodu ogólnego ciężkiego stanu chorego było dokonane przekłucie próbne, które wykazało obecność krwi w zatoce. Przypadek ten zakończył się fatalnie — chory zmarł na 3 dzień po operacji i sekcja wykazała ropne zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki, natomiast zatoka mózgowa była wolna od zakrzepów, więc próbne nakłucie zatoki w tym wypadku nas nie zawiodło. Ze krwi był wyhodowany szczep paciorkowca hemolitycznego. W dwóch innych przypadkach nie dokonywaliśmy próbnego nakłucia zatoki, aczkolwiek obnażenie jej w każdej chwili umożliwiało wykonanie tego zabiegu. Chorzy ci po dokonaniu zwykłej antrotomji i odsłonięciu zatoki stopniowo powrócili do zdrowia. Przy zdrowej ścianie zatoki wstrzymujemy się od jakichkolwiekbądź zabiegów na samej zatoce, gdyż przypuszczamy, jak było wyżej, że bakterje i ich produkty dostają się do krwi bezpośrednio i oczyszczenie kości w najbliższem sąsiedztwie zatoki esowatej przerwie dalsze przenikanie zarazków i toksyn do krwiobiegu. W razie stwierdzenia zgrubienia ściany zatoki, nalotu lub ziarniny, odsłaniamy zatokę na dużej przestrzeni i przed jej otwarciem robimy nakłucie. W zależności od wyników przecinamy zatokę lub pozostawiamy ją w spokoju. W jednym przypadku była dokonana obustronna antrotomja. Po stronie prawej zatoka wykazała schorzenie w postaci ziarniny na ścianie. Próbnem nakłuciem wydobyto krew, wobec czego zatoki nie otwierano. Po stronie lewej ściana zatoki była zdrowa. Punkcja nie była robiona. W drugim przypadku, wobec tego, że

punkcja nie wykazała krwi, zatokę przecięto i stwierdzono zakrzep świeży, który pozostawiono na miejscu. W obu tych przypadkach przy naszem postępowaniu na zatoce kierowaliśmy się również ogólnym stanem chorego. Do pozostawienia zakrzepu skłoniło nas przypuszczenie, że narazie zakrzep jest dobrotliwy i może nastąpić rezorbcja. Oba przypadki zakończyły się pomyślnie. Przed przecięciem zatoki przeprowadzamy równolegle przez ścianę zatoki dwie nici na pewnej odległości od siebie i robimy cięcie między niemi. Takie postępowanie jest wygodne, gdyż daje nam możność dokładnego obejrzenia zatoki przy ostrożnem rozciąganiu obu końców nici przez asystenta. Po usunięciu zakrzepu wprowadzamy do góry i ku dołowi po jednym setoniku, potem w kilkoro składamy gazę i układamy na ranę zatoki, a to wszystko umocowujemy, zawiązując oba końce nici. Ten sposób postępowania jest dogodnym także z tego względu, że rana zatoki jest izolowana od rany kostnej. W celu usunięcia zakrzepu robimy długie cięcie u góry i ku dołowi, nie dochodząc do końców zakrzepu, w wypadku martwicy ściany zatoki wycinamy ją. Przy zamykającym twardym zakrzepie staramy się uruchomić zakrzep niewielką ostrą łyżeczką, skierowaną wklęsłą powierzchnią nazewnątrz, by w całości go wydobyć; najpierw robimy to z dolnym końcem, a potem odsłaniamy zatokę w górę. Jeżeli zakrzep jest zropiały, należy go wyłyżeczkować od strony dośrodkowej i obwodowej do chwili otrzymania strumienia krwi. W celu uniknięcia silnego krwawienia można zastosować metodę *Meier-Whitting'a*, która polega na tem, że przed usunięciem zakrzepu wprowadzamy między kością a samą zatoką tampony w górę i ku dołowi.

W wielu przypadkach takie postępowanie chirurgiczne okazuje się zupełnie wystarczające dla otrzymania pomyślnych wyników przy ropnicach pochodzenia usznego.

Co do wartości podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej panuje dotychczas wielka różnorodność zdań i zagadnienie to jest do dnia dzisiejszego aktualne w otochirurgji. Jedni uważają podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej za zupełnie zbyteczne. W literaturze rosyjskiej doby obecnej coraz częściej spotykamy się ze zdaniem, że nie należy podwiązywać żyły, ponieważ zabieg taki jest bezcelowy, a w niektórych wypadkach nawet szkodliwy. *Cytowicz* od pewnego czasu zupełnie nie podwiązuje żyły przy sprawach sceptycznych pochodzenia usznego. Drudzy zalecają podwiązywać żyłę szyjną wewnętrzną w każdym przypadku zapalenia zakrzepowego zatoki esowatej przed operacją na zatoce lub natychmiast po jej otwarciu, wychodząc

z założenia, że tym sposobem przecinamy główną drogę, którą zarazki chorobotwórcze mogą przedostać się do ogólnego krwiobiegu. W naszem piśmiennictwie za podwiązaniem żyły w każdym wypadku septycznym pochodzenia usznego wypowiedział się *Skrowaczewski*. Inni podwiązują żyłę wtórnie, gdy sama operacja zatoki nie dała pomyślnego wyniku. Inni jeszcze są zdania, że przy posocznicy w przebiegu chorób usznych nie można postępować szablonowo i każdy przypadek należy traktować indywidualnie. Dowody, które przytaczają zwolennicy tego lub innego poglądu, oparte są na statystyce, teoretycznych rozumowaniach lub klinicznych obserwacjach. Cyfry podane w statystyce nie dają konkretnych danych ani za ani przeciw podwiązaniu żyły, ponieważ przytaczane przypadki są różnorodne co do siły zakażenia, obronnych sił samego organizmu i wieku chorego. Podług *Körnera* na 132 przypadki wyzdrowiało 58,3% bez podwiązania żyły, z otwarciem zatoki, na 94 przypadki z podwiązaniem żyły do operacji na zatoce wyzdrowiało 59,6% i na 68 przypadków wyzdrowiało 55,9% z podwiązaniem żyły po wykonaniu zabiegu na zatoce. Jak widzimy, żadnych wniosków z tego wyciągnąć nie można, albowiem nie możemy stwierdzić wybitnej różnicy w śmiertelności, gdyż zarówno w przypadkach z podwiązaniem żyły szyjnej jakoteż bez podwiązania śmiertelność wahała się w ramach 40%. Tak samo przedstawia się nasza skromna statystyka t. j na 3 przypadki zmarł 1 (33,3%) z podwiązaniem żyły szyjnej, na 17 przypadków bez podwiązania żyły zmarło 5 (29,4%).

Zwolennicy podwiązywania żyły szyjnej wewnętrznej we wszystkich przypadkach ropnicy wychodzą z tego założenia, że takim zabiegiem wyłączamy zapalne ognisko z ogólnego krwiobiegu i tym sposobem zapobiegamy przedostawaniu się do ustroju cząstek zakrzepu. Dlatego nawet radzą podwiązywać żyłę przed zabiegiem, ponieważ samo dłutowanie kości jest niebezpieczne z tego względu, że cząsteczki zakrzepu mogą się oderwać i wywołać przerzuty (*Alexander-Mayer*). Obserwacje kliniczne nie przemawiają za tem, żeby zasadniczo stosować taki zabieg we wszystkich przypadkach zakrzepu zatoki. Nareszcie takie szablonowe podwiązywanie żyły może okazać się zupełnie zbędnem, bo pewne rozpoznanie zakrzepu stawiamy podczas zabiegu na zatoce. Dla ilustracji mogą posłużyć 3 nasze przypadki, w których dokonano podwiązania żyły szyjnej wewnętznej. W jednym przypadku był dokonany zabieg operacyjny ściśle według wskazówek *Alexandra*. Przed wydłutowaniem wyrostka sutkowego podwiązano żyłę, potem dokonano antrotomię i usunięto zakrzep

niezropiały. Na 9 dzień po operacji chory zmarł przy objawach posoczniczo - ropniczych. W 2 przypadku był dokonany zabieg podwiązania żyły przed operacją na wyrostku sutkowym. Nie zapobiegło to przerzutom w postaci ropowicy podudzia prawego oraz wysiękowego zapalenia opłucnei. Przebieg choroby był ciężki i długotrwały — do kilku miesięcy. W przypadku 3 żyła szyjna wewnętrzna była podwiązana na 10 dzień po operacji na zatoce esowatej (usunięcie zropiałego zakrzepu), ponieważ objawy septyczne trwały nadal. Cały przebieg cierpienia był bardzo ciężki, trwał przeszło rok. Powikłania nastąpiły ze strony płuc i nerek, a również były przerzuty w mięśniach w postaci ropowic. W jednym z naszych przypadków była dokonana obustronna antrotomja z powodu zapalenia wyrostków oraz objawów klinicznych dla typowej posocznicy (duże wahania ciepłoty, dreszcze), Podczas operacji zatoki esowate nie wykazały zmian chorobowych, wobec czego nie robiono nakłucia. Chory miał przerzuty w prawem ramieniu i udzie, pozatem cały przebieg choroby był bardzo łagodny i trwał do miesiąca. Gdybyśmy postąpili według poglądu zwolenników podwiązania żyły przed operacją kostną, okazałoby się, że taki zabieg był zupełnie zbyteczny, gdyż podczas operacji stwierdzono zdrowe zatoki.

Inaczej kwestję ujmują zwolennicy wsrzemięźliwości w zabiegach przy sprawach septycznych w przebiegu chorób usznych. Swoje zdanie opierają na tem, że żyła szyjna jest główną drogą, ale nie jedyną, przez którą następuje inwazja bakteryj do organizmu, w niektórych wypadkach zabieg podwiązania żyły jest niebezpieczny dla ustroju gdyż może wywołać obrzęk mózgu, spowodowany zaburzeniem krążenia krwi jako skutki anomalji otworów jarzmowych. Badania *Linsera* wykazały, że w 3% foramen jugularae posiada tylko 3 — 4 mm. średnicy. Takie zwężenie jest dostateczne, aby wywołać śmiertelny obrzęk mózgu przy podwiązaniu żyły szyjnej wewnętrznej po drugiej stronie. Anomalja ta ma miejsce po stronie lewej 5 razy częściej, niż po stronie prawej. Nareszcie przytaczają zdanie, że po podwiązaniu żyły jarzmowej zakrzep może się rozszerzać do zatok dotychczas wolnych, t. j. z zatoki poprzecznej do zatoki skalistej dolnej i następnie do zatoki jamistej, wywołując fatalne następstwa dla chorego. Przytoczone dowody nie mają życiowego znaczenia, aczkolwiek w literaturze są opisane przypadki, które przemawiają za temi możliwościami, ale to są przypadki sporadyczne, więc nie możemy na podstawie tego przesądzać kwestji podwiązywania żyły szyjnej wewnętrznej.

W dziedzinie lecznictwa stosujemy surowicę przeciwpaciorkowcową w sprawach ostrych, gdy drobnoustroje były wykrywane we

krwi lub moczu; w sprawach ściśle umiejscowionych zastrzykujemy szczepionkę swoistą, która pomaga ustrojowi do wytworzenia odpowiednich niweczników bakteryjnych. Prócz tego w niektórych przypadkach stosujemy preparaty srebra. Opisane są przypadki leczone autohemoterapją i transfuzją krwi. Nie stosowaliśmy tych metod leczenia. Transfuzja krwi była dokonywana w klinice Instytutu Medycznego w Moskwie na 26 chorych operowanych z powodu powikłań septycznych zakrzepów zatok mózgowych. W 15 przypadkach żyła szyjna wewnętrzna nie była podwiązywana, w 11 była. Z tego zmarło 6, wyzdrowiało 20, t. j. śmiertelność wynosiła 23,07%. *Fink* wspomina o przypadkach posocznicy leczonej zastrzykiwaniami dożylnemi alkoholu 33 % z jednoczesnem wprowadzeniem do zatoki tamponów nasyconych takim samym rozczynem alkoholu. Stosował również do zatoki przesącz Besredki.

Zestawiając powyższe o operacyjnem leczeniu ropnicy i na podstawie obserwowanego własnego materjału klinicznego, wysnuwamy następujące praktyczne wnioski, a mianowicie:

1) każdy przypadek stwierdzonego zakrzepu powinien być traktowany indywidualnie,

2) nie każdy stwierdzony zakrzep wymaga podwiązania żyły,

a) samo otwarcie zatoki i usunięcie zakrzepu w wielu przypadkach usuwa objawy posocznicy,

b) jeżeli po usunięciu zakrzepu objawy posocznicy trwają dalej w postaci dreszczy i skoków temperatury, gdzie można przypuszczać odrywanie się cząstek zakażonego zakrzepu, należy podwiązać żyłę;

3) przy stwierdzeniu przyściennego zakrzepu (przy drożności zatoki i powtarzających się okresowo skokach temperatury z dreszczami) należy podwiązać żyłę dla stworzenia zamykającego zakrzepu, po wytworzeniu którego otwieramy zatokę.

4) podwiązujemy żyłę, jeżeli jest zajęta sprawą chorobową.

Podał Dr. STANISŁAW MIKOŁAJEWSKI, asystent oddziału.

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala „Przemienienie Pańskie" w Poznaniu. (Lekarz naczelny: Dr. *Stefan Glabisz*).

Wskazania i wyniki lecznicze tonsillektomji z uwzględnieniem obrazu krwi.

Rola migdałków podniebiennych jest dotychczas niewyjaśniona. Jeżeli wykonuje się wyłuszczenie migdałków bez względu na ich zadanie fizjologiczne, czyni się to dlatego, że przyczyny patologiczne, miejscowe, względnie ogólne są dla każdego chorego znacznie niebezpieczniejsze, niż usunięcie tych właśnie organów schorzałych. Zareferuję tu kilka uwag, które nasunęły mi się, po zestawieniu stu dziewięćdziesięciu przypadków tonsillektomji, operowanych na naszym oddziale w ciągu ostatniego półtorarocza.

Wśród 190 operowanych najmłodsi liczyli lat 6 i 7, a wiek najstarszych wynosił 57 i 60 lat, w tem dzieci (poniżej lat 16) było 25. Wszystkie operacje wykonano w znieczuleniu miejscowem. U każdego chorego przeprowadzono przed operacją poza badaniem moczu, badanie krwi z oznaczeniem obrazu ciałek białych według formuły Schillinga. Wyników kontrolnych badań krwi w 6 tygodni po operacji mamy niestety niewiele. U 130 operowanych mamy dokładne dane co do wyniku operacji bądź to przez badanie kontrolne po pół roku, bądź też przez lekarzy, leczących nadal odnośnych chorych. O tych skontrolowanych przypadkach pragnę właśnie mówić.

Wskazania nasze do tonsillektomji dzieliliśmy na dwie grupy, tak jak to powszechnie jest przyjęte:

1) Na wskazania z powodu zmian miejscowych, i na

2) wskazania z powodu schorzeń pozamigdałkowych, które jednakże z dużem prawdopodobieństwem stoją w związku przyczynowym ze zmianami w migdałkach podniebiennych.

Poniżej podaję dwie tabele, dotyczące dwuch grup wskazań.

Tabela 1.

Wskazania	L. przypadków ogólna	L. przypadkow skontrol.	Wyzdrow.	Poprawa	Bez poprawy
Recydywy angin oraz przebyte ropnie dookołamigdałkowe	102	68	67	1	—
Przewlekłe zapalenie migdałków niepowikłane . .	23	15	12	3	—

Tabela 2.

Główna choroba	L. przypadków ogólna	L. przypadków skontrol.	Wyzdrow.	Poprawa	Bez poprawy
Przebyty ostry, recydywujący i chroniczny gościec stawowy	23	19	18	—	1
Rheumatismus musculorum	5	3	2	—	1
Purpura rheumatica . .	2	2	2	—	—
Choroby serca (podostre i przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego i zastawek) .	10	7	osiągnięcie kompensacji 6	1	—
Ogniskowe zapalenie nerek, ostre i podostre . .	6	5	5	—	—
Choroby zapalne infekcyjne nerwów obwodowych .	3	2	2	—	—
Sepsis tonsillogenes . .	1	1	—	—	1 (exitus)
Niewyjaśnione stany podgorączkowe	15	10	10	—	—

Powyższe wyniki porównaliśmy z doświadczeniami innych klinik. Zgodni jesteśmy co do wartości tonsillektomji przy zmianach miejscowych jak i konieczności jej przy sepsis tonsillogenes. Co się tyczy drugiej grupy dotyczącej chorób pozamigdałkowych, to i dzisiaj nie wątpimy w dobry skutek tonsillektomji przy endocarditis, a także przy ogniskowem zapaleniu nerek. Wiemy przecież, że poza ostremi chorobami infekcyjnemi, najczęstszą przyczyną zapalenia nerek są schorzenia migdałków. Tonsillektomja wpływa również w bardzo wielu wypadkach pomyślnie na gościec stawowy, z wyjątkiem arthritis deformans (*Jung.*). Jeżeli chodzi o stany podgorączkowe ze względnie małemi zmianami w migdałkach, to cały szereg przypadków wykazał doskonały skutek po zastosowaniu tonsillektomji; jeden z naszych chorych leczył się w ciągu dwuch lat na „gruźlicę“, jeżdżąc do Davos, a stanów podgorączkowych pozbył się zupełnie dopiero po operacji migdałków. W piśmiennictwie spotykamy pozatem cały szereg przypadków pomyślnych wyników tonsillektomji przy innych także choro-

bach, jak naprzykład: iridocyklitis rheumatica, osteomyelitis, appendicitis, cholecystitis, chorea minor, meningismus, enuresis nocturna, asthma bronchiale, acne furunculosa, struma juvenilis, schorzenia żołądka i t. d. Niestety jednak nie mieliśmy sposobności sprawdzić uzasadnienia wszystkich tych wskazań, ponieważ w omawianym czasookresie nie było takich przypadków.

Dla ustalenia rozpoznania tonsillitis chronica nie wystarcza stwierdzenie zmian miejscowych w migdałkach i ich okolicy, (zrosty, łuki podniebienne, gruczoły szyi), nie wystarcza też próba Muellera. Dopiero stwierdzenie niewątpliwych zmian miejscowych, wzbogacone o dane kliniczne i, co najważniejsze, o dokładną anamnezę pozwalają nam na wyrobienie sobie prawdziwego sądu w danym tylko przypadku, jednak bez możności uogólnienia.

Chcąc oprzeć rozpoznanie przewlekłego zapalenia migdałków i wskazania do operacji na bardziej objektywnych badaniach, *Schmidt*, a przedewszystkiem *Filo*, badali obraz białych ciałek krwi po ręcznym masażu migdałków. *Filo* ustalił, że w tym wypadku obraz krwi nie może mieć żadnego djagnostycznego znaczenia, ponieważ zmiany w obrazie ciałek białych nie były wyrazem charakterystycznej reakcji normalnych, ani chorobowo zmienionych migdałków. Leukopenję, którą często znajdował, można było wywołać bądź piciem zimnych napoi, bądź injekcją podskórną wody, bądź też opróżnieniem przewodu pokarmowego. *Blau* przeprowadzał całkowite badania krwi z liczeniem thrombocytów i stwierdził dość często względną leukopenję oraz spadek liczby thrombocytów do 180, a nawet 120 tysięcy. Przypuszcza on, że powyższe zmiany można przyjąć za absolutne wskazanie do tonsillektomji.

We wszystkich obrazach krwi, badanych na naszym oddziale stwierdziliśmy, że ilość haemoglobiny i ciałek czerwonych była przeważnie prawidłowa, pomijając kilka przypadków lekkiej anaemji Zmian morfotycznych w obrazie barwionym nie stwierdziliśmy nigdy.

W sprawie obrazu białych ciałek krwi zrobiliśmy kilka spostrzeżeń. Leukocytoza była w około 20% przypadków wzmożona, wynosiła przeciętnie od 10 do 12 tysięcy. Ilość leukopenji bezwzględnych (poniżej 5 tysięcy) wynosiła około 10%. Leukopenji względnej (od 5.000 do 5.800) było około 5%, razem około 15%. U reszty przypadków stwierdziliśmy leukocytozę w granicach normy.

Obraz ciałek białych w okresie operacji wykazywał dość znaczną limfocytozę (do 48%) z eozynofilją od 2 do 6% i z monocytozą w granicach normy. Obraz leukocytów był przesunięty w lewo, po-

staci młodych (pałczkowate i jednojądrzaste) bywało stale od 15 do 45% wszystkich leukocytów. Większych zmian w protoplaźmie, jak gruboziarnistości, atypowej barwliwości, ani rozbicia jąder, nie stwierdziliśmy w żadnym przypadku. Podaję kilka typowych haemogramów w zestawieniu.

	Nazwisko	Wskazania	Ilość leukoc.	baz. %	eoz. %	myel. %	młod. %	pałecz. %	segm. %	limf. %	monoc. %
1	St. L. 30 l. mężczyzna	Częste przebyte ropnie okołomigdałkowe	6200	—	5	—	4	6	42	42	1
2	J. P. 9 l. dziewczynka	Ogniskowe zapalenie nerek	7000	—	—	2	1	15	40	36	6
3	B. J. 28 l. kobieta	Recydywujący gościec staw.	7200	—	3	—	1	12	46	33	5
4	F. Z. 30 l. mężczyzna	Recydywy angin Plaut-Vincenti	7900	—	—	—	1	10	34	48	7
5	A. P. 28 l. kobieta	Recydywy angin	3800	—	4	—	—	5	43	42	6
6	W. D. 19 l. mężczyzna	Schorzenie serca	5400	—	4	—	—	10	39	45	2
7	W. M. 33 l. mężczyzna	Tonsillitis chron. non complic.	5500	—	2	—	—	4	50	36	8
8	M. J. 12 l. kobieta	Niewyjaśn. stany podgorączkowe	9700	—	5	—	2	14	41	33	5
9	H. R. 12 l. dziewczynka	Recydywy angin i adenoidy	10000	—	2	—	2	18	30	45	3
10	T. G. 16 l. dziewczynka	Recydywy angin	12000	—	2	—	—	26	50	22	2

Na 83 operowane osoby ze wskazań lokalnych, pozbyło się swych dolegliwości 79. Żadna z nich nie miała recydywy anginy, ani ropni okołomigdałkowych. W 4 przypadkach poprawy skarżyli się chorzy na objawy nieżytu gardła, który jednak mógł istnieć już przed operacją, niezauważony z powodu objawów przewlekłego zapalenia migdałków (*Liebermann*). *Polaczek* natomiast tłumaczy objawy te jako pharyngitis tonsillopriva.

W drugiej grupie wskazań najczęściej wyłuszczaliśmy migdałki z powodu schorzeń reumatycznych. Na 24 przypadków operowanych,

było 22 wyzdrowień. Najszybszy wynik leczniczy udało się osiągnąć przy peliosis rheumatica. Przy chorobach serca wyniki wyłuszczania migdałków były dobre. Z 7 pacjentów operowanych, 6 pozbyło się objawów chorobowych na długi okres. Przy ostrych i podostrych ogniskowych zapaleniach nerek mieliśmy 100% wyzdrowień. Oba przypadki polyneuritis zostały wyleczone. Chory z powodu rwy kulszowej nie zgłosił się, nie mamy zatem żadnych danych co do ewentualnej poprawy choroby zasadniczej. U wszystkich chorych, operowanych z powodu stanów podgorączkowych, nastąpiło wyleczenie. Jedynej śmierci którą mieliśmy po tonsillektomji, nie należy kłaść na karb zabiegu; przyczyną był ogólny stan septyczny, podczas którego wykonano operację.

Poważniejszych komplikacyj pooperacyjnych, obserwowanych na innych klinikach nie mieliśmy wogóle. Nie zanotowaliśmy ani jednego przypadku embolji, ropnia, ropowicy szyi, posocznicy, czy też ostrego zapalenia ucha środkowego. Krwotoków pooperacyjnych mieliśmy 4. Trzy razy wystąpiło w kilka godzin po zabiegu krwawienie, które dało się łatwo opanować. Jeden krwotok późny pooperacyjny powstał u pacjentki, zwolnionej ze szpitala w 7-mym dniu po zabiegu. Na ósmy dzień po operacji wróciła chora ta z dużym krwotokiem, który opanowaliśmy; przyczyny krwawienia nie zdołaliśmy ustalić. Ujemnego wpływu tonsillektomji na siłę głosu i fonację nie zauważyliśmy ani razu, choć mieliśmy wśród operowanych dwuch śpiewaków i jednego aktora. Leczenia zachowawczego nie stosowaliśmy.

Z Oddziału dziecięcego szpitala miejskiego w Częstochowie.

Gruźlica gardła i krtani u 6-cio letniego dziecka.

Podali Dr. L. BATAWIA i Dr. P. SZANIAWSKI.

Gruźlicę krtani i gardła w wieku dziecięcym spotykamy bardzo rzadko. Przyczyny tego zjawiska szukać należy przedewszystkiem w braku u dzieci tych wszystkich szkodliwych czynników, które ujemnie wpływają na krtań i powodują rozwój gruźlicy w górnych odcinkach dróg oddechowych, a także w szybszym rozwoju u dzieci procesu chorobowego w płucach w połączeniu ze skłonnością do generalizacji procesu gruźliczego.

Heinze określa częstość gruźlicy krtani u dzieci w stosunku do tejże choroby u dorosłych na 2—3%, *Fröbelius* na 2—4%. Być może

częstość zachorowań jest nieco większa od cyfr, podanych przez wspomnianych autorów, albowiem nie wszystkie dzieci gruźlicze są laryngoskopowane, a na stole sekcyjnym drobne owrzodzenia w dziecięcej krtani mogą być przeoczone.

W odnośnej literaturze znajdujemy zaledwie nieliczne opisy gruźlicy krtani u dzieci.

Najmłodsze dziecko, u którego obok kiły stwierdził *Rheindorff* gruźlicę krtani, miało 13 miesięcy, *Santvoord* opisał gruźlicę krtani u 31-o miesięcznego dziecka, *M. Schmidt* widział owrzodzenia gruźlicze w krtani u rocznego dziecka. *Demme* opisuje te same zmiany u dziewczynki mającej 2$^1/_2$ roku; najmłodszym pacjentem z gruźlicą krtani *Lublińskiego* było 5-cio letnie dziecko; w tym samym wieku był pacjent *Voltoliniego*.

Jeszcze rzadziej spotykamy w wieku dziecięcym gruźlicę gardła *Isambert* widział owrzodzenia gruźlicze w gardle u 4$^1/_2$ letniego dziecka bez zmian chorobowych w płucach; *Abercrombie* widział trzykrotnie u dzieci zmiany gruźlicze w gardle, które wystąpiły na kilka dni względnie tygodni przed śmiercią. *Santvoord* znalazł na sekcji u 18-to miesięcznego dziecka małe głębokie owrzodzenia na tylnej ścianie gardła. U nas przypadki gruźlicy gardła i krtani u dzieci opisali *Dobrowolski* i *M. Hertz.*

Ze względu na wyjątkową rzadkość jednoczesnego zajęcia procesem gruźliczym krtani i gardła u dziecka, pozwalamy sobie opisać obserwowany przez nas przypadek.

P. J. 6 lat dziewczynka, wyzn. rzym. kat., rodzice zdrowi, wywiady rodzinne bez znaczenia.

Zachorowała przed 3 miesiącami, dostała gorączki i kaszlu. Wezwany lekarz stwierdził grypę i zajęcie płuc. Po 6 tyg. chora dostała lekkiej chrypki, wezwany ponownie lekarz zauważył naloty w gardle, podobne do dyfterycznych, polecił zastrzyknąć surowicę błoniczą i skierował chorą na oddział zakaźny. Chora została wypisana po kilku dniach ze szpitala. Chrypka jednak nie ustąpiła, lecz nawet nieco się wzmogła. Dziecko kaszle, gorączkuje i chudnie.

Dn. 3/I. 33 r. została skierowana na oddział dziecięcy szpitala miejskiego przez jednego z nas, który widząc dziecko po raz pierwszy dnia poprzedniego, stwierdził rozległe zmiany w płucach i owrzodzenia na łukach podniebiennych.

W chwili badania — dziewczynka sprawiała wrażenie ciężko chorej. Przytomna, budowy prawidłowej, odżywienia lichego. Skóra szara, wiotka. Spojówki zaczerwienione. Gruczoły: karkowe, szyjne, nad-

obojczykowe, pachowe — drobne, macalne. Chrypka. Język obłożony, zęby zepsute. Tylna ściana gardła oraz łuki podniebienne zaczerwienione, pokryte brudnym szaro-zielonym nalotem i owrzodzeniami. Nad płucem lewem wypuk bębenkowy, nad prawem z przodu od 6 żebra w dół skrócony. Osłuchowo — nad obu płucami miejscami szmery oddechowe osłabione, miejscami oskrzelowe, bardze liczne rzężenia dźwięczne drobno i średnio-bańkowe. Pod prawym obojczykiem rzężenia dzwięczne o charakterze dzbanowym. Granice serca prawidłowe, tony czyste, ciche. Wątroba i śledziona niepowiększone. Brzuch tkliwy przy ucisku zwłaszcza w okolicy pępka, miękki, bez oporu. Objawów oponowych brak. Odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe, silny dermografizm. Wydzielina z gardła nie zawiera prątków *Löflera* ani krętków *Plaut-Vincenta.*

Pirquet ujemny.

Mantoux 1/10.000 — ujemny. Gorączka wyniszczająca. Plwocina ropna zawiera liczne prątki kwaso-odporne. Mocz bez białka i cukru. Odczyn dwuazowy ujemny. Badanie krwi: (Kolega *W. Konar*) Czerwone ciałka 4.800 000. Białe ciałka 9.800. Hemoglobiny 90% Index 0,9.

W rozmazie: Cz. c. pod względem kształtu, wielkości i barwliwości od norm nie odbiegają. Białe ciałka: przewaga obojętno chłonnych, wśród których znajdują się formy młodsze do myelocytów włącznie. Monocytoza. Po paru dniach Mantoux 1/1000 ujemny. Parokrotne badanie plwociny wykazywało zawsze dużo ropnych ciałek, pojedyńcze włókna sprężyste, liczne prątki kwasoodporne. Badanie uskutecznione przez kol. *L Batawię* wykazało: w gardle na obu przednich łukach po kilka owrzodzeń wielkości łebka szpilki, całe miękkie podniebienie usiane licznemi charakterystycznemi gruzełkami. W krtani: więzadła prawdziwe i rzekome przekrwione, nacieczone, na nalewkach symetrycznie położone dwa owrzodzenia tej samej wielkości i charakteru, co na przednich łukach gardła.

Dziewczynka po 2-u tygodniowym pobycie w szpitalu w stanie ciężkim została zabrana przez rodziców do domu, gdzie po kilku dniach zmarła.

Zmiany w płucach, obecność prątków kwoso-odpornych, charakterystyczne owrzodzenia w gardle i krtani, ujemny odczyn *Wassermana* i inne podane w opisie wyniki badania, jak również przebieg choroby — niewątpliwie przemawiają za sprawą gruźliczą w płucach, krtani i gardle.

PROGRAM

posiedzeń Sekcji Otolaryngologicznej XIV Zjazdu Lek. i Przyrodników P. I Ogólnosłowiańskiego Zjazdu O. R. L.

Otwarcie Zjazdu, Sekcji Oto-laryngologicznej odbyło się w dniu 12-tym września o godzinie 15,30 w sali Śniadeckich. Na sali, przy wejściu, udekorowano portret Profesora Kutvirta, założyciela „Oto-laryngologia-Slavica“, z okazji 5-lecia jej istnienia.

Zjazd otworzył Prezes Polskiego Towarzystwa Oto-laryngologów Dr. *Czarnecki* następującem przemówieniem:

Panie Delegacie Czesko-Słowackiego Tow. Oto-lar., Panie Delegacie Jugo-słowiańskiego Tow. Oto-lar., Panie Prezesie Bułgarskiego Tow. Oto-lar., Panowie Profesorowie, Szanowne Panie i Szanowni Panowie.

Otwieramy dzisiaj 1-szy Zjazd Otolaryngologów Słowiańskich połączony z IX Zjazdem Otolaryngologów Polskich W imieniu Polskiego Tow. Otolar. i w imieniu Komitetu stałego do spraw Zjazdów Otolar. słowiańskich mam zaszczyt powitać Szanownych Państwa jaknajserdeczniej i jaknajgoręcej podziękować Im za tak liczny udział, jaki raczyli wziąć w tem naszem wspólnem święcie, nie bacząc na ciężki stan materjalny, w jakim znajdują się lekarze we wszystkich krajach słowiańskich. Kryzys ekonomiczny, który ogarnął cały świat, szczególnie dotkliwie dał się we znaki naszym ziemiom a to z dwojakiej przyczyny: z jednej strony kraje nasze były terenem zmagań wojennych czasu Wielkiej Wojny, były one terenem wielu historycznych bitew, były terenem marszów i kontrmarszów miljonowych armji, a następnie one to były terenem okupacji wojskowych, które można raczej porównać z opanowaniem naszych ziem przez hordę zorganizowanych i świetnie uzbrojonych bandytów, łupiących ludność wbrew wszelkim „Konwencjom Haskim“ i innym dobrowolnym zobowiązaniom międzynarodowym, rozdartym z całym cynizmem, jako niewygodne „świstki papieru“. Z drugiej zaś strony, kraje nasze, pozostając w olbrzymiej większości w niewoli aż do ukończenia wojny, wyzyskiwane ekonomicznie na rzecz panującej ludności, nie były tak bogate i zasobne, jak szczęśliwsze od nich narody Zachodniej Europy. To też pozbawione wszelkich rezerw z lepszych czasów znalazły się wobec przewlekającego się kryzysu w gorszem położeniu, niż inne. Że tego rodzaju stan ekonomiczny naszych krajów musiał fatalnie zaciążyć na inte-

resach stanu lekarskiego, jest rzeczą, aż nadto oczywistą. Można śmiało powiedzieć, że pauperyzacja stanu lekarskiego na ziemiach słowiańskich nigdy dotychczas nie przybierała podobnych rozmiarów. To też widok tej pełnej sali napawa nas szczególną radością. Dowodzi on bowiem, że stan lekarski, który zawsze przodował innym wolnym zawodom w poczuciu obywatelskiego obowiązku, nie inaczej zachowuje się i obecnie mimo swego ciężkiego położenia. Z drugiej zaś strony przekonywa on nas o tem, że Zjazd ten jest potrzebą naszych serc i umysłów, co z kolei stanowi wielką nagrodę dla Komitetu organizacyjnego za poniesione przezeń trudy. Laryngologja, jak wiadomo, należy do stosunkowo młodych gałęzi medycyny: wszakże dopiero niedawno rozpoczęło się 4-te ćwierćwiecze od chwili wynalezienia lusterka krtaniowego, możemy jednak z dumą zaznaczyć, że w żadnej gałęzi wiedzy naszej lekarze słowiańscy nie położyli tylu zasług, co w laryngologji, że wspomnę tylko wielkie imiona Czermaka, Jurasza, Pieniążka i wielu innych, którzy, być może nie stanowią tych wielkich gwiazd, co tamci, ale którzy również mają prawo do zaliczenia ich pośród współtwórców nowoczesnej laryngologji. Nic dziwnego, że mając tak piękne tradycje, liczni laryngolodzy naszych krajów starali się o nawiązanie ściślejszych stosunków między sobą, czy to zapomocą organizowania perjodycznych Zjazdów, czy też nawet drogą utworzenia wszechsłowiańskiego T-wa Otolaryngologicznego. O tych usiłowaniach mówić będzie następny mówca P. Prof. Laskiewicz, ja ograniczę się jedynie do stwierdzenia, że sprawa ta została załatwiona na I-szym Zjeździe Otolaryngologów jugosłowiańskich w Zagrzebiu we wrześniu w 1931 r. przyczem przez reprezentantów Czechosłowacji, Jugosławji, Bułgarji i Polski został wybrany komitet stały do spraw Zjazdów Otolaryngologicznych słowiańskich i wyznaczony został termin i miejsce pierwszego Zjazdu, który właśnie w tej chwili otwieram.

My, laryngolodzy polscy, jesteśmy szczególnie szczęśliwsi, że Zjazd ten odbywa się na naszej Ziemi, że odbywa się on w kolebce Narodu Polskiego, w Wielkopolsce i w jej stolicy, naszym prastarym Poznaniu.

„Gość w dom — Bóg w dom". Temi słowami od wieków witamy gości w Polsce jak długa i szeroka, a słowa te dobitnie określają to poważanie, a raczej tę cześć, jaką osoba gościa u nas jest otaczaną.

Temi też słowy witam i Was dzisiaj, — z tym jedynie dodatkiem, że pragnieniem naszem jest, ażeby każdy z Panów czuł się

w Polsce, jak we własnym kraju i przebywając wśród nas, abyście się czuli jak wśród najbliższej rodziny.

To jest naszem gorącem pragnieniem i, aby tak było, usilnie starać się będziemy. Niech żyje pierwszy Zjazd Otolaryngologów Słowiańskich, połączony z dziewiątym Zjazdem Otolaryngologów Polskich. Niech żyją Towarzystwa Otolaryngologiczne Czechosłowackie, Jugosłowiańskie i Bułgarskie.

Niech żyje Czechosłowacja. Niech żyje Jugosławja. Niech żyje Bułgarja.

Jako drugi przemówił Gospodarz Sekcji Oto-laryngologicznej Zjazdu Profesor *Laskiewicz*:

Szanowni Koledzy, Dostojne Zebranie.

Po raz pierwszy w murach naszej Uczelni mamy zaszczyt podejmować I-szy Wszechsłowiański Zjazd Otolaryngologiczny. Zaraz też na wstępie czuję obowiązek złożenia najserdeczniejszego podziękowania Kolegom przybyłym z dalekiej Jugosławji, Bułgarji oraz Czechosłowacji, którzy nie szczędzili trudów i kosztów, by stanąć tu na naszej Ziemi i wziąć udział w obradach XI /-ego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Nie potrzebuję szerzej rozwodzić się nad tem, jak wielką dla Was żywimy cześć i sympatję, które to uczucia nie są wynikiem jakichś dorywczych umów czy traktatów, opartych li tylko na korzyściach materjalnych, lecz, co więcej, podstawą tej trwałej i szczerej przyjaźni jest wspólność rasy, jest łączność duchowa narodów słowiańskich, wspólność tradycyj i zadań, które przypadły w udziale tym narodom w historji. Podobnie jak Wam, hen daleko na południowych rubieżach ziem słowiańskich przypadła i nam w udziale doniosła rola obrońców cywilizacji i kultury na wschodzie Europy. Geńjusz rasy słowiańskiej, który wydał mężów tej miary co: Kopernik, Hus, Mendelejew, Miecznikow, Purkińje, Nencki, Skłodowska i wielu innych, błyszczących na nieboskłonie dziejów kultury duchowej ludzkości, przyczynił się w znacznej mierze do postępu wiedzy we wszystkich jej dziedzinach i uchronienia ludzkości przed chorobami i epidemjami. Zasługi te uprawniają naukę słowiańską w zupełności do postawienia jej na równi z innymi narodami Europy. Niezwyciężony zaiste, tak pod względem politycznym jak intelektualnym stanie się blok narodów słowiańskich, w którym zapanuje jednomyślność poglądów, celów i dążeń. Wyrazicielami tej idei jedności i współpracy wszystkich narodów słowiańskich są już od kilku dziesiątków lat Wasi wielcy mężowie stanu i politycy. W odniesieniu zaś do nauk lekarskich a w szczególności naszej specjalności

przejęty duchem tej ogólnosłowiańskiej ideologji zakłada w roku 1923 profesor Ottokar Kutvirt czasopismo lekarskie, mające skupić dorobek naukowy wszystkich narodów słowiańskich i umożliwić obupólną wymianę myśli i ich propagandę na forum miedzynarodowem. Data ta ma znaczenie przełomowe w rozwoju naszej współpracy, gdyż ilość tomów Oto-laryngologia slavica, która w niespełna lat pięć ukazała się na półkach księgarskich jest wyrazem nietylko jej produktywności i żywotności umysłów uczonych słowiańskich, lecz co więcej, jakość tych prac świadczy o głębokim horyzoncie, wiedzy, oryginalności, koncepcji oraz głębokiej inwencji jej współpracowników. Zespół zaś pracowników, których imiona widnieją na karcie tytułowej tego czasopisma, to jakby stały komitet Zjazdów ogólnosłowiańskich, przypominający czytelnikowi tę konieczność i obowiązek wymiany myśli także i na wspólnych zjazdach, urządzanych co pewien czas. Zjazdy wszechsłowiańskie przed wojną odbywały się bez udziału Polaków, gdyż rząd rosyjski na udział ten nie zezwolił. To też dziś dumni jesteśmy z tego, że właśnie nam przypadło w udziale urządzenie 1-szego Ogólnosłowiańskiego Zjazdu w tej prastarej polskiej dzielnicy. Cieszymy się niezmiernie z tego, że możemy gościć u siebie drogich sercu naszemu braci Słowian, że mamy znowu sposobność wzajemnego zbliżenia się i zadzierzgnięcia serdecznych węzłów przyjaźni mocnej i trwałej, bo powstałej na podłożu wspólnych idei i celów. Obrady nasze mają się odbyć w sali Collegium, w którym przed wojną głowiły się mózgi geheimratów zaborczych nad tem, jak wydziedziczyć, jak zniszczyć wszystko, co polskie na tej prastarej piastowskiej ziemi. I oto zrządzeniem tej „Nemesis“ dziejowej z chwilą oswobodzenia się z pod jarzma niewoli zatknięto tu sztandar nauki polskiej, jako znak protestu za pogwałcenie praw, zapisanych w sumieniu i w sercu polskiego obywatela. Gmach ten służy po dziś dzień nauce polskiej i jest on częścią naszej „Almae matris“.

Jeżeli rzucimy okiem na program szczegółowy naszych obrad możemy się przekonać, że tematy, które tu będą poruszane nie są ujęte wyłącznie w ramy naszej specjalności, lecz, co więcej, łączą się ściśle także i z innemi gałęziami wiedzy lekarskiej, jak to z interną, pedjatrą, neurologją, chirurgją, radjologją radjoterapją i t. p. To też słowa uznania należą się i tym, którzy przez *wytrwałą* i pełną zapału pracę przyczynili się swoimi referatami do wzbogacenia naszego programu i nauki polskiej. Z pośród tych najbardziej zasługuje na wyróżnienie ten lekarz praktyk, który w trudnych warun-

kach niejednokrotnie, nie mając odpowiedniego warsztatu dla pracy naukowej, dokłada wszelkich starań, by od czasu do czasu wystąpić przed forum walnego zebrania z dobrze opracowanym odczytem. I tu z radością podkreślić należy, iż z grupy tych ostatnich znajdujemy dość licznych przedstawicieli wśród uczestników obecnego Zjazdu, dzięki czemu ilość referatów naszej sekcji dosięgnęła cyfry 70-ciu. Otwierając nasze wspólne obrady, życzę Zjazdowi, by praca zebranych tu uczestników przyczyniła się w znacznej mierze do postępu naszej specjalności. Ojczyznom zaś naszym, złączonym węzłami nierozerwalnej przyjaźni, przysporzyła chwały i blasku na polu nauki, a dla nas oby stała się bodźcem do dalszej wytrwałej naukowej współpracy w myśl najgorętszych życzeń Twórcy „Otolaryngologica Slavica", ku któremu dziś myśli i serca nasze są zwrócone.

Następnie przemawiał delegat Czechosłowacji Prof. Dr. *B. Viškovsky* z Bratislavy, witając gorącemi słowami pierwszy Zjazd Otolaryngologów Słowiańskich. W swem przemówieniu podkreśla ważność znaczenia Ogólnosłowiańskiego Zjazdu Otolaryngologów. W imieniu Jugosławji wita pierwszy Zjazd Otolaryngologów Słowiańskich Dr. *B. Gušic* z Zagrzebia.

Prezes Dr. *Czarnecki* odczytuje depeszę od Prof. Dr. *A. Šercera* z Zagrzebia, oraz depeszę od Prezesa T-wa czechosłowackiego z życzeniami pomyślnych obrad dla Zjazdu. Z powodu nagłej choroby Prof. Dr. A. *Přecechtěl* z Pragi udziału w obradach wziąć nie mógł. Prezes Dr. *Czarnecki* stawia wniosek o wysłanie do chorego pisma z ubolewaniem, oraz życzeniami szybkiego wyzdrowienia—co obecni przyjęli przez aklamację.

Na przewodniczącego obrad na dzień 12.IX 1933 r. wybrano Doc. D-ra *J. Hybaška* z Brna, sekretarza D-ra *W. Banasiuka* z Poznania.

Pierwszy referat wygłosił *Doc. Dr. W. Hlavaček* z Pragi: „Schorzenia allergiczne w oto-laryngologji" (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. Schwarzbart (Kraków): „Zagadnienia endokrynologji w otolaryngologji". Prelegent omawia wpływ spraw otolaryngologicznych ogólno-patologicznej natury na choroby gruczołów dokrewnych i także wpływ gruczołów dokrewnych na schorzenia otolaryngologiczne. Potem przechodzi do omówienia obu szeregów wpływu natury już ściśle biologicznej w sensie funkcji wydzielniczej, dotykając pewnych zmian z powodu rozległości tematu, tylko pobieżnie, innych, jak otosklerozy, ozeny, mumpsu, rhinitis vasomotoria, asthma bronchiale. Szczegółowo rozwija prelegent bardzo ogólny pogląd, który określa jako

teorję heterogenów i czynników barjerobiogenetycznych. Przez barjerę biogenetyczną rozumie prelegent wszelkie produkty ontogenetyczne ento i ektodermy, wyliczając tu skórę, przewód pokarmowy, drogi oddechowe, system nerwowy, także wegetatywny i gruczoły dokrewne. Przez heterogeny rozumie całokształt wpływów, dosięgających organizm od zewnątrz, obwodowo od barjer, są to czynniki zarówno fizykalne, meteorologiczne, promieniotwórcze, chemiczne, dalej pokarmy: proteiny, allergeny roślinne i zwierzęce, bakterje i ich antygeny. Ze starcia heterogenów z bakterjami w jakimkolwiek odcinku powstaje jedna różnorodna skala zjawisk klinicznych. Druga kategorja powstaje z zaburzeń równowagi wśród poszczególnych ogniw barjer, z zaburzeń między ogniwami barjer, a najistotniejszą treścią organizmu t. j. komórką i jej biochemizmem elektrolityczno-koloidalnym. Ta ostatnia grupa zjawisk znajduje żywe odzwierciedlenie w przemianach krwi. Czynnik endokrynologiczny stanowi jeden ze współczynników w tej ogromnej skali zjawisk klinicznych. Dlatego leczenie endokrynologiczne nie może stanowić jakiegoś radykalnego leczenia przyczynowego, lecz ma charakter leczenia substytucyjnego dla zastąpienia utraconych funkcyj.

Dr. *Wolner* (Lwów): Problem allergji w twardzieli. Autor przeprowadzał pracę w dwóch kierunkach, badając odczyn skórny na wywołujący antygen chorych na twardziel i chorych kontrolnych oraz odczyn ogólny po zastrzyku domięśniowym antygenu twardzielowego, tak u chorych na twardziel, jak i u zdrowych, albo chorujących na inne cierpienia górnych dróg oddechowych. Próby skórne przeprowadzono metodą Dicków u 19-tu chorych na twardziel i 17-tu kontrolnych. Do zastrzykiwania używano nierozcieńczonej zawiesiny zabitych laseczek Frischa w ilości 0,1 cm. w rozcieńczeniu 1 : 10, 1 : 50, 1 : 100, 1 : 500. Stosowano szczepy z otoczką, następnie serje bez otoczek. Szczepy pochodziły z różnych chorych ale zawsze jednoważne. Odczytywano zmiany w różnych odstępach czasu, aż do zniknięcia odczynu skórnego. Chorzy na twardziel reagowali naogół silniej, a odczyny skórne utrzymywały się przez czas dłuższy. Zjawiska tego nie można uważać za regułę, gdyż w niektórych przypadkach twardzieli próba wypadła ujemnie i naodwrót u kontrolnych utrzymywała się dłużej.

Dr. *L. Abramowicz* (Warszawa): „Odczyn zlepny w serodjagnostyce twardzieli" (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. *K. Szumowski* (Lwów): „Leczenie ropni mózgu i móżdżku" (referatu nie dostarczono).

DYSKUSJA. W związku z referatem D-ra Schwarzbarta z Krakowa Dr. *Karbowski* uważa, że niema dotychczas przypadków, z których widoczny byłby wpływ bezpośredni między wydzielaniem pochodzenia wewnętrznego a zaburzeniami czynnościowemi ze strony układu nerwu przedsionkowego. Przypadek następujący godny jest odnotowania: pacjentka 30-letnia z powodu ciężkich krwotoków podczas miesiączkowania, poddana została naświetlaniom rentgenowskim celem sterylizacji. Przez 10 lat chora nie miała miesiączkowania i były typowe objawy o charakterze czynnościowym ze strony układu krążenia. W 40-tym roku życia u pacjentki nagle wystąpiły cięższe objawy ze strony układu nerwu przedsionkowego. Jeden z doświadczonych neurologów rozpoznał guz IV-tej komory. Słuch był normalny. Badanie narządów nerwu przedsionkowego było przeprowadzone z dużemi ostrożnościami z powodu ciężkiego stanu chorej. Na specjalną uwagę zasługuje Ny., który zjawiał się przy leżeniu na boku, przy leżeniu na prawym boku w prawo, przy leżeniu na lewym boku w lewo. Przypuszczając u chorej zaburzenia czynnościowe na tle zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem, otrzymała pacjentka follikulinę. Po dwóch tygodniach chora zrana obudziła się i spostrzegła obfity krwotok z narządów rodnych. Po kilku dniach wszystkie objawy ustąpiły i chora wyzdrowiała. Przypuszczalnie na skutek zaburzeń w wydzielaniu nastąpiła wzmożona wydzielniczość ze splotu naczyniastego, co spowodowało wzmożone ciśnienie w tylnej jamie czaszkowej (pseudotumor).

Dr. *Gusič* (Zagrzeb): Omawia w dyskusji, że w Jugosławji otoskleroza jest chorobą nader rzadką. W klinice Šercera w Zagrzebiu obserwowano zaledwie kilka przypadków w ciągu roku. Zdarza się ona częściej w okolicy płaskowzgórza Dynarskiego. Co się tyczy zaburzeń słuchowych u kastratów, autor miał sposobność obserwować u 12-tu kastratów przejściowe zaburzenia słuchowe już po 48-miu godzinach, jednakże nie stwierdzono żadnych zaburzeń organicznych w nerwie ósmym.

W dyskusji nad referatem D-ra Szumowskiego zabierają głos następujący Koledzy:

Dr. *Karbowski* uważa, że metoda Lemaitre'a ma swoje dobre strony. Przy dawniejszych metodach zbyt raptowne opróżnianie ropnia może spowodować przedostanie materjału infekcyjnego do przestrzeni podpajęczynówkowej w ropniach śródmiąższowych mózgu. Metoda Lemaitre'a zapobiega temu. Co się tyczy metod operacyjnych, to lepszą metodą byłaby ta, która umożliwiałaby

dojście do miejsca najbliżej położonego w stosunku do obwodu. Wytrepanowanie w łusce kości skroniowej kilku małych otworów, celem dokonania nakłucia mózgu, może nam pomóc w dokładniejszem określaniu położenia ropnia. W dużych ropniach można byłoby zrobić kontraperturę.

Prof. Dr. *A. Laskiewicz*: Zasadnicza różnica, czy mamy do czynienia z ropniem mózgu czy móżdżku, otorbionym, czy też ostro idącym procesem ropnym w tkance mózgowej z ogniskami rozmiękczynowemi. W tym bowiem wypadku drenaż musi się odbywać bardzo ostrożnie przy pomocy cienkich drenów, podanych przez Lemaitre'a, również ten sam sposób wykluczenia przestrzeni podpajęczynówkowej nadaje się według mego doświadczenia do leczenia przedewszystkiem ropni móżdżkowych, wykazujących zwykle kształt szczelinowaty. Dreny szklane (kauczukowe) podane przez Koernera mogą mieć zastosowanie przy większych ropniach płata skroniowego, gdzie chodzi o szybkie i dokładne odprowadzenie wydzieliny ropnej. Małe zwitki cienkiej gumy stosuje się zwłaszcza przy ropniach móżdżkowych, do których dostęp i utrzymanie kierunku najniższego punktu odpływu jest zwyczajnie dość trudny. Obok stałego ułożenia chorego w pozycji siedzącej, należy wykorzystać naturalne tętnienie mózgu, ułatwiające wydalanie wydzieliny z wnętrza ropnia nazewnątrz, które możemy spotęgować przez nagłe wstrzymanie oddechu przez kilkanaście sekund, kaszel, oraz założenie uciskającego krawata na szyję, przyczem chory powinien stale pozostawać w pozycji siedzącej. Przepłókiwanie słabym rozczynem kwasu bornego przy pomocy rurek, albo kaniul Jurasza, należy stosować przy większych ropniach otorbionych płata skroniowego, nigdy zaś ropn. móżdżku. W klinice naszej stosuje się przedewszystkiem metodę aspiracyjną ropni mózgowych i móżdżkowych pod słabem ciśnieniem przy pomocy aspiratora wodnego Koertinga z nasadkami koniczne-mi, jak do zatoki czołowej. Metoda ta ma znaczenie w przypadkach ropni postępujących, ropni móżdżkowych, w ktorych przepłókiwanie jest przeciwskazane. Ropnie zatokowate, ropnie wielokomorowe dadzą się również opróżnić dokładnie przy pomocy aspiracji. Po takiem przemyciu i wyaspirowaniu wydzieliny należy zapomocą cienkich wzierników nosowych względnie salpingoskopu Hirschmann-Valentina zbadać zachowanie się ścian ropnia. Dreny gumowe dziurkowane, owinięte gazą jodoformową podane przez Leidlera i Feuchtingera, spełniają również swoje zadanie przy dużych ropniach płata skroniowego. Po oddzieleniu się ostatecznem części obumarłych

tkanki mózgowej, można już pod koniec drugiego tygodnia zakładać setony napełnione 5⁰/o argyrolem do wnętrza ropnia celem przyśpieszenia tworzenia ziarniny.

Dr. *Czarnecki* w dyskusji zapytuje Kol. Szumowskiego czy w tym przypadku gdzie była afazja po stronie lewej nie chodziło o mańkuta.

Dr. *Schwarzbart* uważa, że:

1) dla wczesnego wykrycia ropni mózgowych należy nie czekać na objawy opuszkowe.

2) zwraca uwagę, że po antrotomji, względnie po operacji radykalnej bywa słabe granulowanie pewnych części rany i wypuklenie się następcze odsłoniętej opony twardej. Pierwszy symptom jest wyrazem ischemji uciskowej, drugi mechanicznym efektem zwiększonego ciśnienia wśródczaszkowego.

3) zwraca uwagę na małe symptomy neurologiczne jak parestezje, mrowienia i t. p.

4) uwzględnia bacznie obraz krwi t. j. formułę Schilinga i leukocytozę.

Doc. Dr. *Dobrzański* (Lwów): zwraca uwagę na bardzo trudne lokalizacje ropnia mózgu w przypadku obustronnego zapalenia ropnego ucha środkowego. W takim przypadku zwłaszcza, gdy są objawy zapalenia opon, mogą objawy wskazywać na jedną stronę, a ropień znajduje się po przeciwnej. Sączkowanie rurką gumową uważa za korzystne w ropniach mózgu, a sączkowanie miękkie za korzystne w ropniach móżdżku.

Prof. Dr. *Zalewski* sądzi, że przyczyną naszego niepowodzenia przy leczeniu ropnia mózgu jest trudność rozpoznania i trudność stwierdzenia. Są postacie, które tylko wypłókaniem można opróżnić z ropy. Opatrywanie częste daje dobre wyniki.

Dr. *Pragier* (Pińsk): uważa, że pooperacyjne opatrywanie jamy ropnej mózgowia winno jaknajmniej traumatyzować tkankę mózgową. W pewnym przypadku ropnia mózgowego pozostawienie sączka przez zgórą dwa tygodnie w jamie ropnia, nie spowodowało żadnej krzywdy. Zmieniano tylko powierzchowne warstwy gazy, co doskonale sączkowało wydzielinę ropną, zaś sączek powoli sam został wydzielony, przez ziarninę. Obawy zastoju ropy są nieuzasadnione, zachyłki zaś w jamie mózgowej tworzą się raczej przy częstem opatrywaniu.

Na tem skończono posiedzenie dnia 12.IX.1933 r.

Środa dn. 13 września o godz. 9-tej nastąpił pokaz przyrządów w Klinice Otolaryngologicznej U. P.

Prof. Dr. A. Laskiewicz (Poznań) przedstawia nowy typ laryngostroboskopu Loebella, który przewyższa swoją konstrukcją dotychczasowe typy aparatów stroboskopowych. Oprócz bowiem solidnego wykonania napędu elektrycznego, wprawiającego w ruch tarczę, mamy tu przedewszystkiem doskonały aparat manometryczny, pozwalający na każdorazowe, dokładne odczytanie ilości obrotów tarczy, a dalej urządzenie do wzmagania szybkości tych obrotów, oraz zmniejszenia tychże. Jako dalsze cenne ulepszenie należy podkreślić nader trafne rozwiązanie oświetlenia przez zastosowanie dwóch żarówek Nernsta, których światło przeprowadzone jest przez system 3-ech soczewek płaskowypukłych i dwuwypukłych zaopatrzonych regulatorem. Ilość przerw tarczy obrotowej została powiększona do liczby 32, odpowiednio do ilości interwalów muzycznych skali głosowej ludzkiej. Nadto wmontowano syrenę z miechem nożnym, która wydaje ton o różnej wysokości, uzależnionej od szybkości obrotów tarczy w rozmiarach skali głosu ludzkiego (około 8 oktaw). Odbicie światła odbywa się przy pomocy wmontowanego reflektora czołowego.

Następuje opis różnych zaburzeń, obrazów laryngoskopowych podczas fonacji, różnych przypadków zaburzeń głosowych krtani, zebranych na materjale Kliniki. Autor podkreśla precyzyjność tej metody badania laryngostroboskopowego ulepszonym przyrządem najnowszej konstrukcji, który zasługuje w całem słowa znaczeniu na nazwę „mikroskopu krtaniowego".

Dr. *W. Banasiuk* (Poznań): W sprawie leczenia niedosłuchu i szumów usznych przyrządem U. Strahlera, na podstawie materjału Kliniki Oto-laryngologicznej U. P.

U-Strahler służy do wytwarzania drgań głosowych w zakresie od 10.000 do 200.000 drgań na sekundę. Te drgania głosowe słyszalne są tylko częściowo, powyżej 15.000 do 18.000 nie są przez ucho odczuwane jako dźwięki. Aparatura do wytwarzania drgań głosowych wysokiej częstotliwości składa się z dwóch oddzielnych części, mianowicie z przyrządu wypromieniowującego drgania, zamkniętego w poniklowanej kuli, oraz ze stołu rozdzielczego, na którego płycie umieszczone są wyłączniki dla uruchomienia aparatu.

Wytwarzanie tonów o wysokiej częstotliwości odbywa się w ten sposób, że przez bardzo cienką płytkę aluminjową przepływa prąd

zmienny o odpowiedniej dla danego tonu częstotliwości. Powyższe nie wystarczy jeszcze do wytworzenia tonów, musimy umieścić ową folję w silnem polu magnetycznem, tak że kierunek prądu będzie prostopadły do lińji siły pola magnetycznego, wówczas folia będzie poruszała się i to według prawa Lentza w kierunku ustawionego dla znajdującego się w polu magnetycznem przewodu przez który przepływa prąd. W leczeniu miałem 31 pacjentów, 8-miu z nieżytami uszu, 9-ciu z szumami podmiotowemi, z tego 3 były pochodzenia wazomotorycznego i 6 pochodzenia nerwowego, 3-ch z otosklerozą, 3-ch ze schorzeniem ucha wewnętrznego, 1 z neurolabirynthitis luetica, 2 z niedosłuchem na tle starczem, 1 przypadek po obustronej operacji radykalnej, 4 przypadki chronicznego ropienia ucha środkowego. Podczas leczenia rozpoczynałem częstotliwość 11000 drgań na sekundę, stopniowo zwiększając do 193000 drgań na sekundę. Posiedzenie każdego pacjenta trwało od 6—10 minut z każdej strony. Przed naświetleniem każdemu pacjentowi dokładnie badałem słuch, przedmuchiwałem trąbki kateterem, w sprawach ropnych osuszałem przewód zewnętrzny oraz błonę bębenkową. Przez odpowiednie dawkowanie lekarz jest w możności przystosować się do rodzaju choroby. Przytem należy uwzględnić z punktu widzenia fizykalnego, że wzmagająca się wraz z częstotliwością absorbcja ogranicza wniknięcie promieni do ucha. Im wyższa jest częstotliwość drgań, tem krótszy ich zasięg. Z tego względu koniecznem jest jak najbliższe doprowadzanie wziernika do bębenka. Podczas leczenia stwierdziłem poprawę w 2 przypadkach szumów usznych, gdzie szumy całkowicie ustąpiły, względnie tylko częściowo. U niektórych chorych szumy pojawiały się ze zmianą pogody. Co się tyczy otosklerozy, schorzeń ucha wewnętrznego, neuritis n. acustici — to żadnej poprawy nie stwierdziłem. Podczas leczenia u żadnego pacjenta nie stwierdziłem szkodliwego działania fal o wysokiej częstotliwości. Wyniki mojej pracy częściowo zgadzają się z wynikami inż. *Kopelowitscha* i Dr. *Zukermana*, którzy również zaobserwowali najlepsze wyniki w chronicznych ropieniach ucha środkowego, oraz w nieżytach uszu z wyjątkiem przypadków, w których jako komplikacja było uszkodzenie ucha wewnętrznego. Naświetlałem od 2—6 tygodni 2 razy tygodniowo, a w niektórych przypadkach 3 razy tygodniowo

Dr. S: Karwowski (Poznań) demonstruje „Otoaudion Ty. E. 5. (Audion Krafft St. Blasien) i jego zastosowanie przy sporządzaniu wykresów ostrości słuchu“.

Środa 13 września godz. 10. Przewodniczący Prof. *Belinoff* (Sofja), sekretarz Dr. *A. Zakrzewski* (Poznań), Dr. *Radzymiński* (Poznań).

Gusič B. (*Zagrzeb*): „Wpływ położenia geograficznego na rozwój chorób nosa, gardła i uszu w Jugosławji". (Referat wydrukowany w numerze Zjazdowym).

DYSKUSJA. *Prof. Zalewski* (*Lwów*): Jest rzeczą konieczną wprowadzić nauczanie klimatologji na wydziałach lekarskich. Lekarze powinni nauczyć się badać klimat. Otwiera się duże pole do badań naukowych.

Prof. Szmurło (Wilno): w dziedzinie oto-laryngologji od dawna już zwrócono uwagę na wpływ klimatu w powstawaniu różnych cierpień. Od dawna już ustalono rozmieszczenie głuchoniemoty, twardzieli, ozeny i t. p. Są wskazówki, że można by ustalić geografję spraw ropnych ucha środkowego. Pomogło by na to przedewszystkiem coroczne ogłaszanie dokładnych sprawozdań z Klinik i dużych oddziałów szpitalnych otolaryngologicznych, co by dało możność opracowania geografji różnych cierpień z dziedziny otolaryngologji.

Dr. Abramowicz (*Warszawa*): zwraca uwagę na to, że w dążeniu do rozwiązania zagadki, jaką jest patogeneza twardzieli, należy zbadać w ogniskach endemicznie panującej twardzieli nietylko warunki klimatyczne, ale i glebę. Jako na analogję wskazuje na rolę tych czynników w patogenezie wola oraz nowotworów złośliwych, na co zwraca uwagę w ostatnich czasach Delbet.

Dr. Lubliner (*Warszawa*): przypuszcza, że wpływ gleby na występowanie przypadków twardzieli jest właściwie żaden. Zwróćmy uwagę, że np. w Polsce we wszystkich okolicach i na północy i na południu i wschodzie i zachodzie znajdujemy przypadki twardzieli. A w innych krajach tak samo się dzieje np. w Szwecji i w Italji są opisywane podobne przypadki. Cóż tu ma gleba za zależność wyborczą? Zdaniem Lublinera tylko przenośność lasecznika twardzieli jednego osobnika na drugiego stanowi o rozpowszechnianiu zarazy. Tak się też często dzieje z rozpowszechnianiem duru brzusznego. Nosiciel laseczników zanosi je różnemi drogami w odległe lub bliższe miejsca. Już w Berlinie na Zjeździe otolaryngologów przed 40 laty zwrócono uwagę na konieczność wybrania centralnego miejsca w Europie, skupiającego i ogłaszającego wszystkie przypadki twardzieli, z dokładnem uwzględnieniem miejscowości, gdzie na nowo powstało ognisko twardzieli Państwa wszystkie powinny współdziałać w tej akcji.

Dr. Schwarzbart (Kraków): sprawy klimatologiczne stanowią tylko drobny odcinek sfery zainteresowań rhinolaryngologji. Ażeby nie rozpraszać się w tej dziedzinie powinna rinologja nie rozdrabniać się na terenie własnej specjalności, ale złączyć się z badaniami ruchu przeciwreumatycznego, który w tych sprawach jest żywiej zainteresowany i od lat gromadzi fakty z tej dziedziny.

Prof. Dr. B Viskovsky (Bratislava): Prispevek ke studiu leukocytarnich zmen vyvolanych masazi tonsil.

Prace, ktere publikoval v letech 1926—1928 Viggo Schmidt o leukocytarnich zmenach vyvolanych jednak drazdenim tonsil (mechanickym nebo kalorickym), jednak injekci tonsilarnich extraktu, vzbudily znacny zajem otolaryngologu. Najvice byla stodovana t. rec. mechanicka tonsilarni reakce — projevujici se zmenami bilevo obrazu krevniho po masazi tonsil — a to jak po strance jejiho praktickeho vyznamu pro diagnosu chron. tonsilitidy tak i po strance theoreticke.

Autor teto reakce — V. Schmidt — tvrdil, ze masaz normalnich tonsil je sledovana leukopenii podminenou hlavne ubytkem lymfocytu, ze u chron. tonsilitidy latentni nenastancu po masazi zadne zmeny a u chron. tonsilitidy ve stavu exacerbace ze dojde nasledkem vpraveni toxickych latek z tonsil do obehu krevniho ku prechodne neustrofilni leukocytose sledovane po pripade lymfopenii.

V r. 1928 referoval jsem na vyrocnim sjezdu cs. ofolaryngologicke spolecnosti v Praze o svych prvnich pokusech s mechanickou tonsilarni reakci. Dosel jsem tehdy k zaveru, ze reakce nema diagnosticke ceny, ponevadz neni odvisla toliko od stavu tonsil. Sledoval jsem potom leukocytarni zmeny objevujici se po lapisovani tonsil a z vyzledku techto pokusu jsem uzarival, ze vedle jinych cinitelu urcuje tyto zmeny (hlavne lymfopenickou reakci) spise stav celeho lymfadenoidniho systemu nez samy tonsily.

Nazory ostatnich autoru, kteri se obirali mechanickou tonsilarni reakci (Bottura, Filo, Guttmann, Kostyal, Jerkovic, Worms, Le Mee), nejsou jednotne.

Z jejich praci vyplyva asi toto: Z leukocytarnich reakci vyvolanych masazi tonsil lze povazovati neutrofilni leukocytosu za zjev budici podezreni na pritomnost infekcniho loziska v tonsilach. Tato neutrofilni leukocytosa je pravdepodobne vysledkem leukoirritativniho pusobeni toxickych latek, ktere se pri masazi dostavaji z infekovanych tonsil do obehu krevniho.

Leukopenii po masazi tonsil povazuji jedni (Bottura, Filo) za zjev puvodu vegetativne nervoveho, druzi (Schmidt, Kostyal) ji vy-

kladaji pusobenim zvlastni latky hormonalniho charakteru obsazene v tonsilach.

Doc. Dr. *Hybašek J.* (Brno): O patogenezie ropówki pochodzenia migdałkowego. (Do druku).

Prof. Dr. *Erbrich* (Warszawa): O zaburzeniach występujących w organizmie po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych. (Referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. *Lubliner*: O leczeniu przewlekłych schorzeń migdałków podniebiennych promieniami Rentgena (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. *Srebrny* (Warszawa): Rentgenoterapja przewlekłych zapaleń migdałków podniebiennych u dzieci (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. *Szymański* (Warszawa): Badania bakterjologiczne w przewlekłych stanach zapalnych migdałków podniebiennych (ref. wydruk. w numerze zjazdowym).

Dr. *Jankowski* (Lwów): Tonsillektomja i jej powikłania (referat wydruk. w numerze zjazdowym).

Dr. *Mikołojewski* (Poznań): Wskazania i wyniki leczenia tonsillektomji z uwzględnieniem obrazu krwi (referat wydruk. w numerze zjazdowym).

Prof. Dr. *Laskiewicz* zawiadamia zgromadzenie o nagłej śmierci Prof. Dra Adama Karwowskiego i zarządza dwuminutowe milczenie, celem uczczenia pamięci ś. p. Zmarłego poczem nastąpiła przerwa 15-to minutowa.

Dr *Kaczyński* (Lublin): Nowy typ adenotomu, pokaz przyrządu własnego pomysłu (wydruk. w numerze zjazdowym).

O godz. 13-tej zakończono obrady przedpołudniowe.

Środa 13 września godz. 15 m. 40.

Przewodniczący Dr. *Gusic* (Zagrzeb), sekretarze Dr. *Zakrzewski* i Dr. *Radzymiński* (Poznań).

Prof. Dr. *Szmurło* (Wilno): Niebezpieczeństwo naświetlań promieniami Rentgena i radu w przypadkach nowotworów złośliwych górnych odcinków dróg oddechowych i ucha (ref. wydruk. w numerze zjazdowym).

Dr. *Abramowicz* (Warszawa): Leczenie ropowic gardła bakterjofagami (ref wydruk. w numerze zjazdowym).

DYSKUSJA. Prof. *Zalewski* (Lwów) zabiera głos w sprawie operacyjnego leczenia przewlekłych schorzeń migdałków podniebien-

nych i uważa że operację należy wykonywać ze ścisłych wskazań, gdyż operacja nie jest tak mało niebezpieczna, jak to wielu chce utrzymywać. Rozpoznanie i ustalenie tych wskazań do wyłuszczenia dotąd jest trudne i często niepewne. Powinniśmy jak najrzadziej wykonywać operację próbną dla wykluczenia jakiegoś cierpienia.

Prof. *Laskiewicz* jest zdania, że leczenie zachowawcze migdałków podniebiennych przy stanie przewlekłego zapalenia jest środkiem prowadzącym często do wyleczenia. Należy przy badaniu obsługiwać się zgłębnikowaniem krypt migdałkowych co do ich zawartości i rozległości, które to krypty należy bezwzględnie rozrywać i ich zawartość usuwać oraz przepłókiwać krypty lekko płynem antyseptycznym, względnie wyaspirować pompą ssącą Koertinga ich treść. W przypadkach rozpoczynających się ropni okołomigdałkowych uwalniamy łuk przedni i tylny i wkładamy tam tamponik z antivirusem wielowartościowym Besredki na godzinę.

Wskazania zaś do wyłuszczenia są w pierwszym rzędzie często powtarzające się ropnie okołomigdałkowe a nadto powikłania w postaci zapaleń stawów ostrych i przewlekłych, schorzenia serca, nerek, woreczka żółciowego i t. p.

Przed zabiegiem należy zawsze zbadać krzepliwość krwi, potem podawać calcium doustnie, względnie dożylnie. Krwawienia pooperacyjne zdarzają się rzadko po dobrze wykonanej ektomji a ustają po uciskowej tamponadzie. Natomiast krwawienia przy powikłaniach głębokich szyi są o wiele groźniejsze, bo pochodzą od a. carotis int. jako dowód, że proces ropny posunął się już na loge peristilienne poster. niszcząc ścianę tętnicy szyjnej wew. a często także żyły jarzmowej. Tę progresję flegmony głębokiej szyi możemy stwierdzić na zdjęciu rentgenowskiem, jako silne zamglenie całej okolicy pozażuchwowej i głębokiej szyi. Należy więc wówczas jak najwcześniej operować odzewnątrz. Podwiązanie carotis communis daje po dwudziestym roku życia wielki procent śmiertelności.

Prof. *Szmurło* (Wilno) zwraca uwagę, że słownik lekarski polski nie uznaje wyrazu gardziel a tylko gardło i sądzi, że należy trzymać się słownictwa naukowego. Co do leczenia przewlekłych zapaleń migdałków podniebiennych należy je leczyć naprzód zachowawczo zapomocą przemywań i długotrwałych inhalacyj. Operację należy wykonywać jedynie w przypadkach ciężkich powikłań (reumatyzmy, zapalenia wsierdzia, zapalenia miedniczek nerkowych i t. d.), często powtarzających się ropni i ciężkich często powtarzających się angin. Przed operacją zawsze odbywa się badanie krwi. Niekiedy bezpośred-

nio przed operacją zastrzykiwać należy dożylnie sole wapnia. Zwalniać chorych ze szpitala można dopiero po pięciu dniach po operacji, operować tylko na podstawie własnych, przez siebie ustalonych wskazań.

Doc. *Wąsowski* (Wilno) zwraca uwagę na niewystarczalność często stosowanego na migdałkach podniebiennych zabiegu kaustycznego. Po tym bowiem zabiegu wytwarzają się zrosty, które utrudniają później zabieg radykalny. W sprawie znieczulania do tonsillektomji podkreśla dobre wyniki jakie daje połączenie eukodalu z następczem stosowaniem ½% nowokainy (bez adrenaliny).

Dr. *Schwarzbart* (Kraków) podkreśla, że tamponada loży pozamigdałkowej wymaga ścisłej aseptyki, inaczej zaciek ropny kołomigdałkowy po tonsillektomji może obciążyć odpowiedzialność operatora. Uciskadło Mikulicza nie jest wskazane. Nóż przy tonsillektomji jest zbyteczny. Do zabiegu wystarczą nożyczki, raspator i pętla. Przy głęboko osadzonych migdałkach należy przed injekcją nowokainy migdałek wyciągnąć by trafić igłą w peritonsilium. Bronchoadenopatia czynna jest przeciwwskazaniem czasowem tonsillektomji.

Dr. *Chorążycki* (sen.) uważa, że migdałki muszą być wyłuszczone całkowicie, ale bez zabrania okolicznej tkanki mięśniowej. Po wyłuszczeniu trzeba zbadać niszę skrupulatnie, jeżeli są skrzepy to muszą być zdjęte i miejsce odpowiednie uciśnięte najlepiej palcem owiniętym gazą.

Dr. *Helman* odnosi możliwość powikłań po tonsillektomji do całego szeregu przyczyn anatomicznych, indywidualnych. Jakkolwiek pożądanem jest i wskazanem operowanie w warunkach klinicznych i kilkudniowy pobyt chorego w szpitalu lub w klinice jednakże koledzy, operujący w warunkach ambulatoryjnych, nie mają gorszej statystyki. Dr. *Helman* zapytuje, jakie wyniki otrzymano w klinikach w przypadkach pląsawicy i jakie rezultaty daje elektrokoagulacja Zjazd powinien uchwalić rezolucję: 1) tonsillektomja należy do zabiegów poważnych, 2) należy ją wykonywać w warunkach klinicznych, 3) wskazania do zabiegu ustala laryngolog w harmonijnej współpracy z internistą.

Dr. Kaczyński (Lublin) uważa, że krwawienia po operacji migdałków nie są do uniknięcia, jednak w większości wypadków krwawienia nie występują jeżeli warunki operacji są ściśle zachowane i to operować nigdy nie należy w stanie zapalnym, to znaczy, że wyłuszczać migdałki można po ostatniej anginie w 4 tygodnie, a po ropniach okołomigdałkowych w 6 tygodni. Zbadać chorego należy dokładnie co do usposobienia hemofilicznego. Operować ściśle

w granicach migdałków i nie naruszać okolicznych tkanek. Nie operować w czasie menstruacji. Autor od 5 lat operuje i ściśle przestrzega powyższych warunków, dlatego nie przeżył ani jednego poważniejszego krwawienia, pomimo, że większość przypadków operuje ambulatoryjnie i nie podwiązuje naczyń.

Dr. Batawia omawia wskazania do wyłuszczenia migdałków, przyczem stwierdza, że nieznaczne wahania ciepłoty przy braku zmian w narządach wewnętrznych i objawach chronicznego zapalenia migdałków niezawsze zależne są od zmian w migdałkach. *Batawia* obserwował kilka przypadków wahań ciepłoty, w których wyłuszczenie migdałków nie dało pomyślnego wyniku. Należy przypuszczać, że obok osobników z niską stałą ciepłotą, są osobniki mające stale nieznacznie podwyższoną temperaturę (37^0—$37{,}3^0$), która najczęściej organizmowi żadnej szkody nie przynosi. Jednakże *Batawia* miał bardzo dużo przypadków nieznacznych wahań ciepłoty, które ustąpiły nietylko po wyłuszczeniu, ale i po leczeniu konserwatywnem. Co do skutków naświetlań Roentgenem migdałków autor zwraca uwagę, że obok pharyngitis sicca obserwowano laryngitis sicca i ujemny wpływ na brodawki smakowe.

Dr. *Srebrny* mówi w sprawie uszkodzeń po naświetlaniach promieniami Rentgena i zapewnia, że na 32 przypadki nie widział jakiejkolwiek szkody dla chorego. Mówiąc o płynie wydzielanym przez migdałki nie miał na myśli istoty ropnej i czopów, tylko o tym płynie, o którym wspomina Luschka. Pląsawica po tonsilektomji poprawia się, czy na stałe, powiedzieć nie może, gdyż obserwacje jego trwają za krótko. Co jest tonsillitis chronica, nie można także powiedzieć nie tylko klinicznie, ale także anatomopatologicznie. Do wskazań do tonsilektomji dodaje jeszcze (podany przez Szmurłę), foetor ex ore.

Prof. Dr. Belinoff (Sofia): sprawa migdałków interesuje i jeszcze długie lata interesować będzie wszystkich lekarzy i we wszystkich krajach. Dla nas jest ważną pewność, że czas poświęcony tej sprawie, nie jest stracony dla nikogo z członków Zjazdu: młodzi uczą się od starszych, a starsi od młodszych. Chciałbym zwrócić uwagę na dwa fakty. W klinice mojej były robione doświadczenia (na królikach i świnkach morskich) zaszczepiania tym zwierzętom wyciągów z chorych migdałków. Wynik: nephritis acuta. Doświadczenia te objaśniają spostrzeżenia prof. Erbricha — polyurja po usunięciu migdałków. Drugi fakt: w klinice Wojaczka przy ochładzaniu skóry królika zaobserwowano podniesienie ciepłoty w głębi migdałka o 3

stopnie C. Jasnem jest, że sprawa migdałkowa nie jest wyczerpująco opracowana i że trzeba będzie jeszcze dużo czasu i pracy, żeby ją ostatecznie wyświetlić.

Prof. Dr. Zalewski (Lwów): Walka z twardzielą i 'wynik rejestracji twardzieli w Polsce. (refer. wydrukowany w numerze zjazdowym).

Dr. A. Zakrzewski (Poznań): Wynik leczenia nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem (ozaena genuina) na podstawie przypadków leczonych w Klinice Poznańskiej w ciągu trzech ostatnich lat. (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Doc. Dr. T. Wąsowski (Wilno): O znakowaniu zmian chorobowych w gruźlicy krtani. (referat wydrukowany w numerze zjadowym).

Dr. J. Spira (Kraków): O leczeniu gruźlicy krtani sztucznem światłem słonecznem (lampą Wessely'ego).

Autor uważa, że leczenie ogólne gruźlicy odgrywa zawsze pierwszorzędne znaczenie. Chodzi mu tylko o miejscowe leczenie naświetlaniami. We wszystkich przypadkach wyleczenia chodziło o bardzo dobrotliwy stan płuc, przeważnie o formy włókniste. Przy ciężkich stanach płuc naświetlano jedynie w przypadkach dysphagji i uzyskiwano w większości przypadków ustąpienie bólów lub ich zmniejszenie.

Spostrzeżenia nasze przemawiają nie za ogólnem lecz za miejscowem działaniem światła. Tak n. p. spostrzegano chorego z dwu podobnemi owrzodzeniami na języku, owrzodzenie naświetlane w przeciągu kilku miesięcy wygoiło się, drugie pozostało bez zmian. Ze względu na krótki czas obserwacji autor zastrzega się przeciw wyciąganiu ostatecznych wniosków, podaje tylko, że na podstawie dotychczasowych wyników odnosi wrażenie, że naświetlanie lampą Wessely'ego nie stanowi wprawdzie przełomu, ale jest cennym nabytkiem w leczeniu gruźlicy krtani.

Doc. Dr. B. Dylewski (Wilno): Choroby mowy i głosu wśród dzieci w wieku szkolnym m. Wilna i organizacja walki z temi cierpieniani na terenie szkoły na podstawie 3-letniego doświadczenia Kliniki Wileńskiej. (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Doc. Dr. B. Dylewski (Wilno): Czynnościowe przytępienie słuchu w przebiegu ostrych i przewlekłych schorzeń ucha (refer. wydruk. w numerze zjazdowym).

DYSKUSJA. Prof. *Szmurło* zabiera głos w sprawie referatu Prof. Zalewskiego i uważa za wielki postęp w zwalczaniu twardzieli

w Polsce sporządzenie mapy rozmieszczenia twardzieli w Polsce. Nie dzieli wszakże optymistycznych poglądów tego ostatniego na zmniejszenie się u nas twardzieli. Sądzi, że należy badać dokładnie wszystkie ogniska, przytem nie należy ograniczać się tylko do pojedyńczych rodzin, ale do wszystkich mieszkańców danych osiedli. Należy przedewszystkiem uświadomić o twardzieli lekarzy prowincjonalnych i wprowadzić naukę twardzieli do kursów lekarzy powiatowych.

Prof. *Erbrich* uważa za najbardziej właściwą drogę poszukiwanie ognisk twardzielowych w Polsce. Co do przypuszczalnego rozwiązania ciemnej sprawy patogenezy twardzieli, to mogą tu być pomocne masowe badania dzieci szkolnych.

Dr. *Lewande* jest przekonany, że ilość chorych na twardziel jest w istocie rzeczy większa znacznie, niż podaje prof. Zalewski, gdyż jeszcze przed wojną leczył w szpitalach od dwóch do czterech chorych rocznie ze zwężeniem dróg oddechowych. Liczba ta chorych dla Wileńszczyzny musi nie odpowiadać rzeczywistości. Przed 40-tu laty jeszcze prof. Wołkowicz z Kijowa opisał zdaje się 70 przypadków w guberńji kijowskiej i to w sąsiedztwie z Polską. Choroba ta jest zakaźna, widział bowiem w jednej rodzinie matkę i dwoje dzieci chorych na twardziel. Jest koniecznem zbadanie całej ludności na twardziel, co da nam prawdziwą cyfrę tej choroby w Polsce.

Dr. *Chorążycki* stwierdza, że w ciągu kilkudziesięciu lat praktyki lekarskiej miał cały szereg chorych na twardziel, pochodzących przeważnie z Ziemi Grodzieńskiej. Była to w większej części ludność wiejska, albo też ludność małomiasteczkowa. Zwrócił jednak uwagę na to, że ci małomiasteczkowi chorzy, nawet żydzi, pracowali wyłącznie na roli. Wnioskuje z tego, że gleba, na której pracują, może jednak mieć coś wspólnego z tą chorobą. Ponieważ w chorobach endemicznych, a twardziel jest taką, warunki tellurystyczne zawsze mogą mieć znaczenie, nie jest do odrzucenia podana tutaj uwaga D-ra Abramowicza, który również w glebie widzi przyczynę zagnieżdżenia się choroby w pewnych ogniskach. Na Syberji od czasu do czasu występuje pustula maligna endemicznie również w związku ze zmianami tellurystycznemi.

Dr. *Srebrny* zwraca uwagę, że pogląd, iż bywają przypadki twardzieli gardła, krtani i t. d. bez zajęcia nosa może nie jest słuszny. Opiera to zdanie na spostrzeżeniu, ogłoszonem przed laty 40-tu w Nowinach lekarskich wspólnie z Bujwidem, które to spostrzeżenie

dotyczyło mężczyzny ze zwężeniem krtani, u którego przy dokładnem badaniu nosa nie można było znaleść żadnych zmian. W przypadku tym wycięty został do badania mikroskopowego i bakterjologicznego przedni koniec dolnej muszli i wtenczas okazał się pod dolną muszlą duży guz, wypełniający prawie całą przestrzeń pod nią.

Dr. *Wasilewski* zabiera głos w sprawie referatu D-ra Spiry i uważa, że dobre wyniki po naświetlaniu lampą Wessely'ego trudno odgraniczyć i odnieść je wyłącznie do działania promieni pozafiołkowych. Stan krtani gruźliczej jest ściśle zależny od stanu płuc i stanu ogólnego organizmu. Dopiero po długiej obserwacji i wykluczeniu innych czynników, mogących wpłynąć pośrednio na stan krtani gruźliczej, uzasadniony będzie wniosek o leczniczem działaniu lampy Wessely'ego. Fizjologja współczesna uważa jednakże promienie pozafiołkowe za leczenie nieswoiste i odrzuca w terapji gruźlicy jako zbyt niebezpieczne. To samo dotyczyć może gruźlicy krtani.

Dr. *Schwarzbart* w sprawie referatu D-ra Zakrzewskiego uważa leczenie ozeny acetylocholiną za wskazane ze względu na współczesne poglądy na patogenezę tej choroby, według których ozena jest następstwem zaburzeń układu nerwowego współczulnego i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Podawanie acetylocholiny i neopankarpiny stosowanych przez D-ra Zakrzewskiego jest wskazanem w ozenie, gdyż cały szereg faktów między innemi poziom cholesteryny we krwi wskazuje, że u chorych na to cierpienie mamy doczynienia ze sympatykotońją. Działanie jednak podawanych wagotoników ma być ogólne, a nie ograniczać się wyłącznie do samej błony śluzowej nosa. Wychodząc z założenia pokrewieństwa witamin zwanych przez Venuleta „czemś w rodzaju hormonów roślinnych" z hormonami i z założenia, że ozena jest awitaminozą względnie hypoawitaminozą należałoby do cyklu badań dołączyć i leczenie witaminami. Również na pożywienie w sensie djety acido-alkalotycznej należałoby zwrócić uwagę, wówczas badanie byłoby oparte na właściwej podstawie biologicznej.

Prof *Laskiewicz* w odpowiedzi podkreśla, iż w leczeniu lampą Wessely'ego należy uwzględnić stan płuc chorego. Tak jak postęp gruźlicy krtani idzie często w parze z rozwojem procesu chorobowego w płucach, tak z drugiej strony stan płuc powinien być dla nas dyrektywą, w stosowaniu zabiegów miejscowych względnie fototerapeutycznych w gruźlicy krtani. Przeciwwskazaniami do naświetlań lampą Wessely'ego są rozległe zmiany w płucach, proces rozsiany

miliarny i krwawienia płucne, które zazwyczaj po zastosowaniu tej metody pogarszają się. Następnie ważną rzeczą jest, aby obok leczenia miejscowego stosować także leczenie ogólne, a w szczególności daleko lepsze wyniki daje leczenie lampą Wessely'ego w sanatorjach, gdzie zabieg ten można stosować na miejscu. Co się zaś tyczy uwagi D-ra Wasilewskiego, jakoby nie było stwierdzone czy promienie pozafiołkowe działają dodatnio na proces gruźlicy w ogólności, autor powołuje się na pracę Wessely'ego, który wykazał działanie lecznicze promieni tejże lampy, zawierających obok promieni pozafiołkowych jeszcze dość znaczną ilość promieni pozaczerwonych, działających na prątki gruźlicze, hodowane na pożywkach, oraz na zmiany gruźlicze na błonach śluzowych zwierząt doświadczalnych. Inni znów autorowie jak Strandberg stosują u chorych z gruźlicą krtani oprócz naświetlań promieni pozafiołkowemi miejscowo w celu wzmożenia odporności błony śluzowej krtani także naświetlania całego ciała. Z doświadczeń Kliniki Poznańskiej przytoczyć mogę na materjale wynoszącym przeszło 200 przypadków korzystny wpływ tejże lampy przy niewielkich owrzodzeniach na strunach głosowych oraz w okolicy chrząstek nalewkowych, które po szeregu naświetlań od 5-ciu do 25-ciu minut silnem światłem łukowem okazywały tendencję do zabliźniania się, o ile stan płuc był dobry i nie wykazywał postępu. Również w przypadkach zapalenia ochrzęstnej dawało się wykazać zmniejszenie bólów połykowych a pozostałe owrzodzenia na śluzówce krtani znacznie się oczyszczały.

Dr. *Schwarzbart* zabiera głos w sprawie referatu D-ra Spiry i w sprawie uwag prof. Laskiewicza. Uważa, że lampa Wessely'ego nie działa promieniami ultra-fioletowemi, ale jest surogatem światła słonecznego w całej jego skali promieni widzialnych i niewidzialnych. Widzimy w lampie Wessely'ego helioterapję i jako takiej nie możemy jej odrzucić. Inna rzecz, czy duże jest jej działanie lokalne. Pewnem jest działanie na dysfagję, wszystkie inne działania są pod znakiem zapytania.

Czwartek dnia 14 września 1933 r. godz. 9 rano w Klinice Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego demonstracje chorych i zabiegów.

I. Dr. *Czarnecki* (Warszawa) przedstawia pacjentkę lat 18, u której przed dwoma laty wykonał operację doszczętną przepukliny mózgowej, powstałej po operacji ropnia mózgowego pochodzenia usznego. Przepuklina ta była wielkości śliwki zaś otwór w kości —

wielkości 1-złot. monety. Operacja polegała na usunięciu blizny i uwolnieniu otworu kostnego od zrostów, a po okrwawieniu jego brzegów został wydłutowany bezpośrednio powyżej tego otworu na połowie grubości kości odmierzony dokładnie jej kawałek (bez okostnej) i założony do otworu. Ranę zaszyto jednowarstwowym szwem. Szwy zdjęto po 10 dniach, — po zagojeniu przez rychłozrost. Rentgenogramy wykazują proces narastania kości. Zdjęcia rentg. zrobiono po upływie 1,5 mies., 3 mies. i 6 mies. po operacji, kiedy nastąpiło całkowite zarośnięcie otworu kostnego. Pacjentka podczas leczenia, które trwało przeszło 3 lata (licząc od utworzenia się ropnia i następnych 3 operacji), była parokrotnie demonstrowaną na posiedzeniach Sekcji Warszawskiego Tow. i na VIII Zjeździe Oto-laryngologów polskich.

II. Dr. *Pęski* (Warszawa). Przedstawia pacjenta lat 52, który w październiku 1932 r. zgłosił się na oddział laryngologiczny C. W. San. ze skargami na utratę głosu i utrudnione oddychanie. Badanie pacjenta wykazało: oddech stenotyczny, afonja, na szyi parę drobnych guzków-gruczołków. Laryngoskopja wykazała unieruchomienie prawej połowy krtani, cała prawa struna głosowa prawdziwa owrzodziała. uwypuklona w stronę światła krtani, nieruchoma, pokryta ziarniną. W płucach nic, Wa. (—). Zdjęto duże kawałki tumoru — oddychanie znacznie się poprawiło. Badanie drobnowidowe wycinka — „papilloma-carcinomatodes" (carcinoma). Wobec choroby lekarza laryngectomji nie wykonano, choć pacjent na operację tę się zgodził, przystąpiono do rentgenoterapji. W czasie od 29/XI.32—11/I 1933 r. pacjent był naświetlany i otrzymał następujące dawki:

I. Lewa strona krtani 8 razy 500 R = 4000 R
290+340+340 R międzynarodowych = 970 R międzynarodowych
II. Prawa strona krtani 8 razy 500 R = 4000 R
340+340+340 R międzynarodowych = 1030 R międzynarodowych
Odległość ogniskowa skórna—40 cm.
Napięcie — 200 KV.
Natężenie 3 mA. filtr 2 Zn + 0,2 Al.

Stan obecny: Wygląd zdrowego człowieka, przybył na wadze 10 klg. Głos prawie czysty. Żadnych skarg. Laryngoskopowo: żadnego guza, struna głosowa gładka, niczem się nie różni od struny lewej, pełne uruchomienie prawej strony krtani. Wrażenie wyleczenia (restitutio ad integrum). Obserwacja trwa.

Prof. *Laskiewicz* przedstawia dwóch pacjentów po operacji zatok czołowych metodą Ritter-Jansena i dwóch pacjentów po operacji zatok czołowych met. Killiana.

Tenże przedstawia pacjentkę, u której przed 6-ioma laty na skutek zapalenia ochrzęstnej obrączkowej i silnego zwężenia krtani po oparzeniu lysolem dokonał tracheotomji, laryngofissury i laryngostomji, a potem dilatował krtań rozszerzaczem gumowym wg. Sargnon Barlatier. Po uzyskaniu drożności krtani dokonał plastyki rany pooperacyjnej, a następnie rozszerzał światło krtani dilatatorem Schroetera. Pacjentka jest jeszcze w leczeniu, choć skarg na utrudnione oddychanie niema.

Tenże demonstruje elektrokoagulację brodawczaka krtani w direktoskopji u pacjenta l. 42 (diatermja Victor - Mikro - Unit). Zaznacza przytem, że metoda ta daje bardzo dobre wyniki i nie stwierdza się ani nawrotów brodawczaka, ani odczynu ze strony tkanek jaki występuje po galwanokaustyce.

Dr. *Iwaszkiewicz* (Poznań) demonstruje elektrokoagulację w direktoskopji gruźlicy krtani Zaznacza przytem, że najlepiej nadają się do tego rodzaju leczenia ograniczone nacieki i tuberculomata.

Dr. *Banasiuk* (Poznań) demonstruje diatermję Micro - Victor - Unit przy pomocy której w miejscowem znieczuleniu koagulował migdałki podniebienne, będące w stanie przewlekłego zapalenia. Po koagulacji nie zauważono odczynu. Mały stosunkowo ból podczas zabiegu tłómaczy się niewystępowaniem prądów faradycznych, które spotykamy w diatermjach innych konstrukcji. Doskonałe wyniki otrzymano przy koagulacji lupusa (nosa, gardła i krtani) oraz przy krwotokach z przegrody nosa i nowotworach krwawiących.

Dr. *Banasiuk* i Dr. *Zakrzewski* (Poznań) demonstrują przyrząd aspiracyjny w/g Le - Mée a służący do t. zw. déplacement, metody podanej przez Proetza do leczenia zapaleń jam bocznych nosa. Podstawą tego sposobu leczenia jest prawo Mariotte'a odnoszące się do zachowania się cieczy i gazów w naczyniach połączonych. Płyn wlany do nosa przy odpowiedniem ułożeniu głowy, właściwem dla każdej zatoki może dostać się do światła jam bocznych wówczas, gdy przy pomocy demonstrowanego przyrządu wyssiemy powietrze z jamy nosowej przy uszczelnieniu tylnej części nosa i jamy nosowogardłowej, dokonanem dzięki skurczowi podniebienia miękkiego w chwili przeciągłego wymawiania spółgłosek nosowogardłowych: „kiii...“

Wskutek aspiracji powietrza z jamy nosowej następuje rozrzedzenie powietrza w odpowiednich zatokach, powstaje ciśnienie ujemne, oznaczone dokładnie przy pomocy załączonego manometru. W miejsce wyaspirowanego powietrza wchodzi do zatok wlany poprzednio do nosa płyn leczniczy (antivirus) wzgl. diagnostyczny.

Posiedzenie dnia 14.IX godz. $10^{1}/_{2}$.

Przewodniczący Prof. *Wiskovsky*, sekretarz Dr. *Iwaszkiewicz.*

Prof. *Szmurło* (Wilno): Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u dorosłych. (referat wydrukowany w numerze zjazdowym).

Prof. *Belinoff* (Sofia): Histopatologja oesophagitis corrosiva acuta. Po referacie demonstruje rozszerzacz przełykowy własnego pomysłu.

DYSKUSJA. W sprawie referatu prof. Belinoffa zabiera głos Dr. *Czarnecki*, który uważa, że leczenie oparzeń przełyku jest domeną nie chirurgów ani internistów lecz tych, którzy władają ezofagoskopem. Wczesne rozszerzania zdaniem jego przedłużają tylko okres leczenia.

Dr. *Gušic* uważa, że najlepsze wyniki daje leczenie ostrych oparzeń przełyku zapomocą sondy przeprowadzonej przez nos i pozostawionej w przełyku przez dwa lub 3 tygodnie, poczem dopiero należy stosować systematyczne rozszerzania przełyku.

Prof. *Szmurło* zwraca uwagę, że Kliniki otrzymują pacjentów z oparzeniem przełyku nie bezpośrednio po wypadku, lecz dopiero w późniejszych okresach dlatego trudno jest mówić o leczeniu tych oparzeń w pierwszej chwili. W razie świeżego oparzenia wskazanem byłoby wprowadzenie miękkiego cewnika przełykowego na czas dłuższy.

Dr. *Spira* zwraca uwagę na niebezpieczeństwa przebicia przełyku przy tej metodzie leczenia nietylko bezpośrednio po oparzeniu, lecz nawet po szeregu miesięcy i opisuje spostrzegany przez siebie przypadek.

Prof. *Laskiewicz* uważa, że wskazeniem do leczenia oesophagitis corr. ac. zapomocą rozszerzania kateterem miękkim a demeure powinien być także i obraz laryngoskopowy, tam bowiem gdzie aditus wykazuje znaczne stopnie oparzenia założenie kateteru „a demeure" do przełyku naraża chorego na wytworzenie się odleżynowego zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej z następowem zwężeniem krtani, jak to miało miejsce w dwóch przypadkach u kobiet lat 28 i 46, leczonych w Klinice oto- lar. U. P., a przedstawionych dziś tamże.

Dr. *Pęski* uważa, że tworzenie się zwężeń przełyku po ostrych oparzeniach stoi w związku z tworzeniem się blizn w miejscu oparzenia, oparzenie bowiem podrażnia i wywołuje skurcz mięśniówki co przyczynia się w znacznej mierze do utworzenia się fałdów śluzówkowych, a następnie i blizn, które zwężają światło przełyku.

W pierwszym okresie po oparzeniu daje wielkie usługi Belladona z Natr. Bicarb., która paraliżując skurcz mięśni przełykowych daje znaczną ulgę choremu przy połykaniu a następnie oczyszcza mechanicznie przełyk od mas nekrotycznych i śluzu i pozwala wprowadzić ezofagoskop nawet bez znieczulenia.

Prof. *Belinoff* twierdzi, że przy oesophagitis corr. ac. ezofagoskopja może być wielce pomocną do określenia stanu przełyku, znieczulenie zaś kokainowe jest przy podanej przez siebie metodzie zbyteczne.

Następnie Dr. *Pieniążek* (Warszawa) wygłosił referat o leczeniu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego u dzieci i osesków, który ukaże się in extenso w numerze pozjazdowym Przeglądu Oto-lar.

Dr. *Glabisz* (Poznań): O wskazaniach do trepanacji wyrostka sutkowego w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego. (referat ukaże się w druku później).

Na tem przedpołudniowe posiedzenie naukowe zamknięto.

Godz. 12.15 do 13.30 odbyło się walne zebranie Polskiego Tow. Oto-lar. łącznie z posiedzeniem administracyjnem tegoż Towarzystwa.

POSIEDZENIE V.

Czwartek 14.IX, goddz. 15.

Przew. Doc. *Hlavaček* (Praga), sekr. Dr. *Kozaryn* (Poznań).

Doc. *Wąsowski* (Wilno): Wewnątrzczaszkowe powikłania w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, na podstawie spostrzeżeń Kliniki Wileńskiej. (streszczenie w numerze zjazdowym).

Dr. *Helman* (Łódź): O nawrotowem zapaleniu wyrosta sutkowego (ref. wydruk. w numerze zjazdowym).

Dr. *Koenigstein* (Warszawa): O zapaleniu utajonem ucha środkowego (streszczenie w numerze zjazdowym).

Dr. *Pragier* (Pińsk): Klinika zapaleń wierzchołka kości skalistej. Załącza mikrofotogramy drobnowidowe preparatów oraz rysunków makroskopowych (streszczenie umieszczone w numerze zjazdowym).

Dr. *Ankudowicz* (Warszawa): Powikłania zatokowe w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego na podstawie materjału Oddziału Usznego Szpitala C. W. San. w Warszawie (streszczenie w numerze zjazdowym).

Dr. *B. Karbowski* (Warszawa): Studja histopatologiczne nad schorzeniem narządu słuchowego w zespole toksyczno-infekcyjnym u najmłodszych dzieci (streszczenie w numerze zjazdowym).

Dr. *Spira* (Kraków): O powikłaniach zapalenia ucha środkowego w przebiegu tegorocznej grypy.

Zapalenia ucha środkowego w przebiegu grypy w r. 1932/33 nie różniły się niczem od zwykłych zapaleń ucha środkowego, brak im było cech charakterystycznych dla grypowego zapalenia jak silnych jednostronnych bólów głowy, wysokiej ciepłoty, wypuklenia znaczniejszego błony bębenkowej w postaci cyst oraz zmian w epitympanon. Natomiast schorzenia wyrostka sutkowego w następstwie zapalenia ucha odbiegały wybitnie od normy i przedstawiały dużo cech podobnych, tak że można było mówić o pewnym szczególnym typie, jako powolny ciągnący się, bezobjawowy i bezgorączkowy prawie przebieg mastoiditis.

Wyrostek był wolny, bólów nie było, wyciek ropny mały, przez długi czas był brak opadnięcia tylno-górnej ściany przewodu. Jedynym objawem, świadczącym o mastoiditis był wygląd błony bębenkowej: chodziło o błonę zaczerwienioną, obrzękłą, mięsistą. Naogół wygląd błony bębenkowej odgrywa przy wskazaniach do antrotomji 2-go rzędną rolę, tutaj objaw ten wysuwał się na 1-szy plan. Tego rodzaju przebieg spostrzegaliśmy w prawie połowie przypadków. W wielu przypadkach uderzająca była nierównomierna destrukcja w wyrostku sutkowym. Podczas gdy w jamie sutkowej i w otoczeniu zmiany były naogół nieznaczne, stąd brak opadnięcia, spotykało się duże ograniczone ropnie w odległych częściach wyrostka np. na szczycie piramidy (dwa przypadki) w okolicy dolnego kolana zatoki esowatej i t. d. Bardzo wcześnie występowały zakrzepy w zatoce esowatej.

Również w tych przypadkach kość była naogół mało zmieniona, jedynie w pobliżu pewnej części zatoki esowatej znajdował się ropień, który następczo powodował zapalenie ściany zatoki i wytworzenie zakrzepu. Spira podaje kazuistykę kilku leczonych przypadkow.

Prof. *Zalewski* (Lwów): Prąd diatermiczny i jego znaczenie w rozpoznawaniu spraw zapalnych wyrostka sutkowego (streszczenie podane w numerze zjazdowym).

Dr. *Jankowski* (Lwów): Wpływ prądu diatermicznego na ciepłotę przewodu słuchowego zewnętrznego.

Doc. *Dobrzański* (Lwów): O zachowawczem leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego.

DYSKUSJA. Dr. *Brokman* zabiera głos w sprawie referatu D-ra Karbowskiego. Podaje pokrótce przebieg kliniczny przypadków zespołu uszno-jelitowego, omawianego w sekcji pedjatrycznej (posie-

dzenie III dnia 13.IX.33). Obecny pogląd Kliniki Pedjatr. U. W. na wspomniane cierpienie sprowadza się do przypuszczenia, iż mamy tutaj określoną jednostkę chorobową, być może o swoistej, do tej pory nieznanej etjologji. Cierpienie ucha środkowego i wewnętrznego jest tutaj tylko jednym z objawów ogólnego cierpienia.

Prof. *Laskiewicz* co do referatu D-ra Pragiera nadmienia, że spotykał często u osesków zapalenie szczytu piramidy kości skroniowej. Rentgenologicznie da się to u osesków wykazać dokładnie, gdyż u nich właśnie zdjęcie szczytu jest łatwiejsze niż u dorosłych. Profesor Laskiewicz demonstruje 5 rentgenogramów szczytu piramidy u dziecka 6-cio miesięcznego, 10-cio miesięcznego, 1-rocznego, $1^1/_2$ rocznego i 2-letniego, ze zmianami w postaci zatarcia tegoż szczytu. W dyskusji w sprawie referatu D-ra Helmana zabiera głos prof. Laskiewicz i mówi, że nawrotowe zapalenie wyrostka sutkowego spotykał w dwóch przypadkach u dzieci lat 5 i 7, obarczonych skazą limfatyczno-wysiękową. W przypadku drugim było to bardzo znamienne. Dziecko to było operowane (antrotomja) z powodu zapalenia wyrostka sutkowego, a w rok później zgłosiło się do Kliniki z bolesnością i zaczerwienieniem blizny pooperacyjnej za uchem i bolesnością przyczepu m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Nakłucie blizny wykazało obecność ropy gęstej w ilości około 2 cm^3. Wstrzyknięcie lipjodolu 20% w ilości ok. 1 cm^3 wykazało jamę owalną dług. ok. 2 cm. jako dowód, że ropa zebrała się w miejscu przylegania wypuklonej okostnej wgłąb jamy potrepanacyjnej.

Dr. *Srebrny* w dyskusji w sprawie referatu prof. Zalewskiego uważa, że rozpoznanie zmian w wyrostku sutkowym jest naogół rzeczą nietrudną. Trudność przedstawia tylko osądzenie, czy zmiany, w wyrostku sutkowym mogą się cofnąć, czy nie, to bowiem tylko decydować może o konieczności lub zbyteczności wykonania operacji na wyrostku. Próba cieplna prof. Zalewskiego dawała nam możność stwierdzenia zmian w wyrostku, ale nie decydowała o potrzebie operacji lub jej zaniechaniu, dopiero śledzenie wskaźnika cieplnego w ciągu pewnego czasu może nam dać pojęcie o cofaniu się lub postępowaniu zmian, a więc o potrzebie lub zaniechaniu operacji. Jeszcze bardziej obiecująca jest dziś przedstawiona nam próba diatermiczna, której śledzenie w ciągu pewnego czasu dać nam może b. cenne wskazówki. Jeżeliby ta próba okazała się istotnie przekonywującą, to mielibyśmy dobry środek do decyzji o potrzebie operacji lub jej zaniechaniu.

W odpowiedzi Doc. Brokmanowi, Dr. Srebrny zaznacza, że sprawa zespołu uszno-jelitowego przedstawia dla nas otjatrów dużo interesu. Szkoda, że nie mogła być omówiona wspólnie z pedjatrami. Pożądanem jest, aby na przyszłym Zjeździe pewne wątpliwości, które nastręcza koncepcja Doc. Brokmana, mogły być wyświetlone.

Dr. *Schwarzbart* odnośnie do referatu D-ra Koenigsteina podkreśla ważność częstej punkcji diagnostycznej jamy bębenkowej zwykłym Prawatzem dla ustalenia czy otitis media jest ropna czy surowicza. Przy przeciągającej się otitis media z gorączką u dzieci trzeba pamiętać o infekcyjnej adenoiditis, adenotomja mimo ostrego stanu z gorączką sprowadza sanację otitis, a wygląd usuniętych adenoidów potwierdza w zupełności wskazanie. Paracentezę należy robić w lekkiem zamroczeniu ogólnem (chlorkiem etylu) nie pośpiesznie, szeroko i na krzyż. Do uwagi D-ra Koenigsteina o niebezpieczeństwie operacji u osesków przypomina prelegent szybkie parogodzinne hyperpyrezy z zejściem śmiertelnem i o korzystnych wynikach nakłucia lędźwiowego jako pomocy nagłej.

Z czynników ogólnych bardzo obciążających rokowanie mastoiditis i dalszych powikłań prelegent wspomina głównie jawną i utajoną cukrzycę, odkrytą na czas, nie tylko ustrzec może przed operowaniem nieodcukrzonego pacjenta, a co więcej odcukrzenie w dwóch przypadkach prelegenta, doprowadziło labyrinthitis otogenes do sanacji bez zabiegu. Prelegent miał sposobność w ostatnich czasach drogą trzykrotnej operacji dotrzec do komórek wierzchołka piramidy w wypadku należącym do trzeciej grupy, podanej przez Pragiera z postępującą osteomyelitis otogenes i uratować pacjenta 20 letniego, wykazującego już symptomy meningitis serosa. Badania histopatologiczne Kol. Karbowskiego wykazują jak czasami anatomja uzupełnia doświadczenie kliniczne. Wiemy, że sprawy zapalne, zwłaszcza w przebiegu spraw ogólnych infekcyjnych, grypy i t. d. — mogą stać się przyczyną otitis media hamatogenes. Kliniczne spostrzeżenia wykazują szereg przypadków otitis, prawdopodobnie takiego pochodzenia, gdzie przy małych zmianach w uchu środkowem następuje tam restitutio ad integrum, gdy inne objawy jak przytępienie słuchu, szumy utrzymują się dłuższy czas. Obrazy histopatologiczne D-ra Karbowskiego wykazują tło morfologiczne tych przypadków.

W sprawie referatu Doc. Wąsowskiego zabiera głos Dr. *Lewande.* Zapalenie opon mózgowych jako powikłanie przy ostrych ropnych zapaleniach ucha środkowego daje dotychczas ogromną śmiertelność, jesteśmy prawie bezradni, bo nie możemy ani przewidzieć

powstanie takiego powikłania, ani uratować chorego przy pierwszych objawach. Ta sprawa zasługuje na większą naszą uwagę i musi stać się jednym z tematów następnego zjazdu.

Prof. *Szmurło* w dyskusji w sprawie referatów prof. Zalewskiego, D-ra Pieniążka, D-ra Karbowskiego i Doc. Brokmana zabiera głos i mówi, że przedmuchanie po paracentezie robi w myśl wskazań Politzera i sam zawsze widział z takiego sposobu postępowania tylko pomyślny wynik. Przemieszczeniu głębszemu ropy przeszkadza zawsze obrzmiała śluzówka i wzmożone ciśnienie w okolicy wyrostka sutkowego i zmniejszenie ciśnienia w miejscu przedziurawienia błony bębenkowej.

Zapalenie wyrostka sutkowego przedstawia analogję do zapalenia wyrostka robaczkowego. I lepiej wcześnie otworzyć wyrostek, jak twierdzą chirurdzy, choćby z mniejszemi zmianami, niż zbyt późno i doczekać się zapalenia opon mózgowych.

Również z tego powodu radzi operować wyrostek w przypadkach porażenia nerwu twarzowego, podczas ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, ażeby uniknąć szerzenia się sprawy zapalnej do wnętrza czaszki drogą przestrzeni okołonerwowych.

Dr. *Spira* w dyskusji nad referatami prof. Szmurły, d ra Helmana i d-ra Ankudowicza i innych uważa, że podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej ma na celu nie tyle odcięcie sprawy ropnej od krwiobiegu ile przedewszystkiem możność usuwania mas ropnych z dolnych części zatoki i z opuszki żyły szyjnej wewnętrznej.

Przez przecięcie zatoki esowatej usuwamy skrzep i otrzymujemy krwawienie z górnego końca zatoki, natomiast okolica opuszki jest dla nas niedostępna. Po podwiązaniu żyły szyjnej wprowadzamy do niej rurkę i przepłukujemy opuszkę i dolną część zatoki, co ma niejednokrotnie bardzo wielkie znaczenie. Dr. Spira nie godzi się z poglądem, by formułka leukocytarna ułatwiała nam stawianie rozpoznania operacyjnego przy zwykłej mastoiditis. Badania własne mówcy wykazały, że w zapaleniu ucha środkowego w okresie wskazania operacyjnego odchylenia wzoru leukocytowego występują wprawdzie częściej i naogół są wybitniejsze, niż przy zwykłem zapaleniu ucha środkowego, jednakowoż różnice te są zbyt małe, aby mogły mieć jakiekolwiek praktyczne znaczenie. Przy normalnie przebiegającej mastoiditis zwykłe badanie otoskopowe i obserwacja chorego są naogół wystarczające do postawienia wskazań operacyjnych. Trudności powstają wtedy dopiero, gdy niema czasu na dłuższe spostrzeżenia. Praktyczny przykład: u chorego z ostrem zapa-

leniem ucha środkowego występują nagle poważne objawy: ciepłota 39—40, ciężki stan ogólny, złe samopoczucie, brak wyraźnych objawów mastoidalnych. Zawezwany otjatra ma natychmiast rozstrzygnąć, czy powyższe objawy należy odnieść do ucha, czy do innego powikłania n. p. do centralnego ogniska w płucach lub do grypy. W pierwszym wypadku koniecznym jest natychmiastowy zabieg, w drugim zabieg może mieć fatalne następstwa dla chorego. Wykonywamy badanie krwi, które wykazuje średnie przesunięcie na lewo. Co nam to mówi? Odpowiedź: nic, bo to przesunięcie może być spowodowane równie dobrze przez mastoiditis, jak przez zwykłą otitis, jak również przez powikłanie wewnętrzne. Natomiast formuła leukocytowa ułatwia nam rozpoznanie tylko przy bardzo wielkiem przesunięciu wlewo, jeżeli wskaźnik przesunięcia dochodzi do stosunku 1:2, 1:1 lub nawet 2:1. Tak wysokiego wskaźnika nigdy nie spotykamy w zwykłem otitis lub niepowikłanej mastoiditis, a chyba zupełnie wyjątkowo w grypie, zapaleniu płuc lub tyfusie, natomiast spostrzegamy go w $70^{0}/_{0}$ przypadków ropnego zakrzepu zatoki esowatej lub meningitis. Jednakowoż meningitis można klinicznie wykluczyć. Per exclusionem dochodzimy do rozpoznania sprawy zatokowej, co daje nam wskazanie do natychmiastowego zabiegu. Tak więc badanie obrazu cytologicznego krwi ułatwia nam postawienie rozpoznania sprawy przy zakrzepach zatoki, natomiast jest bez praktycznego znaczenia w przypadkach mastoiditis. W sprawie referatu Kol. Helmana, Spira podaje: podczas gdy dawniej istniało przekonanie, że jama poantrotomijna wypełnia się nowopowstałą tkanką kostną, badania Zeroniego, Langego i innych wykazały, że o takiej regeneracji niema mowy. Nowa tkanka kostna powstaje tylko w niewielkiej ilości i prowadzi najwyżej do zgrubienia beleczek kostnych względnie do wytworzenia cienkiej warstwy kostnej w powierzchownych częściach rany, nie jest jednak w stanie wypełnić większych ubytków. Właściwa jama operacyjna zostaje wypełniona przez miękką ziarninę, która w dalszym rozwoju przechodzi w tkankę włóknistą twardą. W wytworzeniu tej ziarniny biorą udział zarówno kostne ściany jamy operacyjnej, jak i części miękkie otoczenia. Istnieją jednak przypadki, w których z przyczyn, które poruszył prof. Laskiewicz, bujanie ziarniny od wewnątrz jest upośledzone, a zamknięcie jamy odbywa się tylko na koszt ziarniny z brzegów skórnych. W przypadkach tych wypełnienie jamy będzie utrudnione i czasem pozostaje w okolicy jamy sutkowej na stałe większa jama. W ten sposób zostają stworzone korzystne warunki dla nawrotowego zapalenia wyrostka sutkowego.

Dr. *Helman* sądzi, że pożądanem byłoby skoncentrować dyskusję i przejść od spraw peryferycznych do sprawy zasadniczej, która właśnie jest głównym tematem naszego Zjazdu t. j. ucha środkowego i jego zapaleń. Wszystkie te powikłania o których tutaj mówiono są tylko wyrazem przejścia sprawy ropnej z ucha środkowego na dalsze odcinki. Porusza specjalnie sprawę zapalenia ucha środkowego u niemowląt i osesków i wspomina o ciekawej zbiorowej pracy Szpitala Anny Marji, która wykazała, że u osesków zapalenia ucha środkowego są bardzo częste, są też często trudności przy rozpoznaniu tych schorzeń. Przebieg sprawy ropnej ucha środkowego u osesków ma odrębne własności i należałoby tu utrzymać dawniejszą terminologję otitis concomitans. Nawiązując do ciekawych preparatów histologicznych D-ra Karbowskiego i Doc. Brokmana sądzi, że mogą one wyjaśnić dużo ciekawych dotychczas spraw zespołu jelitowo-usznego i kierować nasze rozpoznanie na właściwe tory.

Doc. *Dobrzański* w sprawie dyskuji Dr Schwarzbarta uważa wykonanie paracentezy za równoznaczne z punkcją to też sądzi, iż nakłucie przed paracentezą jest zupełnie zbędne, rozległej paracentezy również powinno się unikać. W pierwszych miesiącach życia dla nacięcia ropnia pozausznego powinno się unikać uśpienia. Na 12 przypadków ropnego zapalenia opon mózgowych leczonych w Klinice oto-laryng. lwowskiej w 4 nastąpiło wyleczenie po zastrzykach 40% urotropiny i częstych nakłuciach lędzwiowych.

Dr. *Karbowski* w sprawie odpowiedzi prof. Szmurle uważa, że sprawy ropne zapalne u niemowląt wymagają innego traktowania niż u dorosłych. Warunki odpływu z epitympanon są lepsze. U dorosłych epitympanon jest prawie zupełnie odcięte podczas ropnego zapalenia i treść zapalna usunięta zostaje przy pomocy pęczków naczyniowych. Warunki anatomiczne tłómaczą nam lepszy efekt leczniczy naskutek przecięcia bł. bębenkowej Nakłucie bł. bębenkowej może być skuteczniejsze jeżeli chodzi o stwierdzenie obecności ropy w uchu, albowiem ujemne ciśnienie wydostaje ropę z odległych komórek sutkowych Paracentezę powinno się wykonywać możliwie szeroko. Wspomniany zespół toksyczno jelitowy nie jest zdaniem autora i Brokmana czemś nowem a tylko jego etjologja i obraz kliniczny nie zostały dotąd jeszcze wyczerpująco zbadane. Osobiście mam wrażenie, że mamy w zespole infekcyjno-toksycznym i jelitowo-usznym doczynienia z zakażeniem grypowem, która u osesków nie mających jeszcze wyrobionej odporności, ma przebieg złośliwy.

Dr. *Batawia* zabiera głos w sprawie powikłania ropnego zapalenia ucha środkowego zapaleniem opon mózgowych, powołuje się

na dwa przypadki pomyślnego wyniku po wczesnym zabiegu operacyjnym. W drugim przypadku zapalenie opon powstało prawdopodobnie wskutek wytworzenia się ropnia zewnątrzoponowego przyczem drogą ułatwiającą było przyrośnięcie opon do płata po plastyce przewodu, to też przy następczej rewizji rany (druga operacja) odseparowano ten zrost, a odsłonięcie tylnego dołu czaszkowego zmian nie wykazało, chory wyzdrowiał.

Doc. *Wąsowski* podkreśla, że współpraca pedjatrów i otolaryngologów przynosi dla wyjaśnienia pewnych chorób wieku dziecięcego wielkie korzyści.

W sprawie znaczenia obrazu krwi w ostrem ropieniu ucha środkowego wartość kliniczną będzie miała całość tego obrazu, a nie tylko wskaźnika przesunięcia jąder. Przyczem w powikłaniach na wyrostku sutkowym przychodzi jeszcze w pomoc próba Zalewskiego. W przypadkach meningitis pochodzenia usznego autor uważa za konieczne częste nakłucia lędźwiowe z wypuszczeniem płynu mózgowordzeniowego w większej ilości oraz zastrzyki urotropiny.

Dr. *Koenigstein* uważa, że dla całości obrazu flory ostrego zapalenia ucha środkowego należy jeszcze wspomnieć o rzadko spotykanym proteus vulgaris w ropie wyrostka sutkowego; w jednym takim przypadku ostrego zapalenia wyrostka sutkowego u 8-mio letniego chłopca wykonano operację już piątego dnia od początku choroby, znaleziono duży ropień naoponowy, rozległą próchnicę pokrywy jamy bębenkowej. Z ropy wyhodowano czystą kulturę proteus vulgaris. Przypadek ten skończył się zejsciem śmiertelnem.

W odpowiedzi zaś D-rowi Schwarzbartowi Dr. Koenigstein zaznacza, że punkcja bębenka zapomocą strzykawki w otitis latens u dzieci nie zastąpi nigdy szerokiej paracentezy, którą Schwarzbart radzi wykonać szeroko w razie wyaspirowania ropy z jamy bębenkowej. Pocóż więc dwukrotnie wykonywać zabiegi? Zresztą ujemny wynik aspiracji jeszcze nie wyklucza obecności ropy w jednym z odcinków jamy bębenkowej.

Co do adenoiditis i ewentualnej adenotomji w stanach ostrego zapalenia ucha środkowego autor uważa zabieg ten za przeciwwskazany. A o ile chodzi o znieczulenie przy paracentezie u oseskÓw i małych dzieci autor uważa postępowanie to za niekonieczne, sam bowiem robi paracentezę często bez znieczulenia a tylko u bardzo lękliwych i nerwowych dzieci używa chlorku etylu, natomiast u dorosłych robi zabieg ten w znieczuleniu miejscowem. Również uważa,

że przyczyna zejścia śmiertelnego u osesków i małych dzieci przy trepanacjach na wyrostku jest dotąd jeszcze niewyjaśniona. W odpowiedzi zaś D-rowi Helmanowi zaznacza, iż sposób odnawiania się tkanki kostnej po trepanacji został wyjaśniony w badaniach doświadczalnych.

Prof. *Zalewski* zwraca uwagę iż pęknięcie błony bębenkowej w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego następuje nie wskutek podwyższenia się ciśnienia w jamie bębenkowej, lecz wskutek przeżarcia tkanek przez proces ropny. Obrzękowi tylnej ściany przewodu nie przypisuje większego znaczenia.

POSIEDZENIE VI.

Piątek dnia 16.IX.

O godz. 10 przed południem odbyło się w przedsionku Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. odsłonięcie tablicy pamiątkowej z okazji 10-cio lecia śmierci Profesora D-ra Antoniego Jurasza w obecności członków sekcji oto-laryngologicznej Zjazdu i delegatów słowiańskich oraz Rodziny Zmarłego.

Uroczystość zagaił Prof. *Laskiewicz* imieniem Kliniki i uczniów Zmarłego. W imieniu delegatów słowiańskich przemówił Prof. *Belinoff* ze Sofji, wyrażając w gorących słowach uznanie dla ś. p. Zmarłego, który jeszcze w r. 1883 w Heidelbergu otaczał swą życzliwością i opieką związki słowiańskie i studjujących tam Bułgarów.

Po tej uroczystości o godzinie 11-tej odbyło się w sali obrad VI-te posiedzenie naukowe. Przewodniczący Dr. *Czarnecki*.

Dr. *Zuberbier* wygłosił referat pod tytułem: wnioski z dotychczasowej obserwacji leczenia energją promienistą raka górnego odcinka dróg oddechowych, pokarmowych i uszu na podstawie materjału Kliniki Oto-laryngologicznej U. W. i Instytutu Radowego w Warszawie. Autor dochodzi do następujących wniosków: raki ściany jamy nosa i zatok bocznych nosa należy leczyć operacyjnie, nacieczone kości jaknajdokładniej resekować względnie elektrokoagulować, dopiero ściany powstałej stąd jamy pooperacyjnej poddawać powierzchownemu działaniu radu. Raki zewnętrznych powłok nosa nadają się b. dobrze do leczenia radem. Raki gardła górnego leczą się najlepiej met. złożoną, radem i Rentgenem, nawet krótkotrwała poprawa osiągnięta tą drogą jest lepsza aniżeli wyniki niejednokrotnie ciężkich zabiegów operacyjnych tej okolicy. Raki gardła środkowego i języka należy poddać działaniu miejscowemu radu, gruczoły zaś chłonne należy naświetlać promieniami X. Pomimo wyników

pomyślnych, które otrzymuje się przy wczesnem zastosowaniu radu w wypadkach nowotworów złośliwych migdałków podniebiennych zaleca się o ile możności wykonać wpierw wyłuszczenie migdałka nawet w wypadkach rozległych jego stwardnień po uprzedniem podwiązaniu tętnicy szyjnej zewnętrznej, poczem dopiero gruczoły szyjne naświetlać promieniami X. Obkłuwanie bowiem migdałka igłami radowemi, które muszą pozostać w nim przez kilka dni jest dla chorego bardziej przykre niż jednorazowa stosunkowo niewielka operacja. Raki gardła dolnego należy naświetlać promieniami X. Raki przełyku we wczesnych okresach leczyć radem, w późniejszych natomiast poddawać naświetlaniu promieni Rentgena. Wyniki otrzymane rentgenoterapią wczesnych raków tkanek miękkich obwodu i wnętrza krtani przemawiają stanowczo na korzyść leczenia zachowawczego, natomiast raki krtani owrzodziałe z nacieczeniem chrząstek krtaniowych i nagłośni nie kwalifikują się do aktinoterapji i winny stanowić materjał operacyjny, gdzie w przypadkach tych wynik tej ostatniej jest lepszy aniżeli te, które otrzymujemy po leczeniu radem czy Rentgenem. Raki ucha środkowego należy operować, raki skóry małżowiny usznej poddawać działaniu radu z wyjątkiem tych, które przerastają chrząstki małżowiny, gdzie należy małżowinę tą wyciąć. Drobne przerzuty do gruczołów chłonnych szyi i rozlane nacieki należy naświetlać promieniami X, duże ruchome guzy przed naświetlaniem usunąć chirurgicznie. Gruczolakoraki gardła środkowego i dolnego należy koagulować, krtani—operować, drogą rozszczepienia lub resekcji, jamy nosa i zatok nosowych, jak zresztą wszystkie inne raki nosa, operować. Gruczolakoraki gardła górnego i przełyku narazie zaliczyć musimy do szeregu cierpień nieuleczalnych.

Dr. *Lewenfisz* (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne nad przebiegiem cierpień wywołanych przez ciała obce w drogach oddechowych. (streszczenie wydrukowane w numerze zjazdowym).

W dyskusji prof. *Laskiewicz* przedstawił rentgenogramy klatki piersiowej 8-miu przypadków ciał obcych w oskrzelach u dzieci (4 przyp. ciał obcych metalicznych w prawem i lewem oskrzelu, oraz 4 przyp. ciał pęczniejących, fasola), które wykazywały charakterystyczne zaciemnienie płuca po stronie zatkanego oskrzela. Zaciemnienie to znikało za każdym razem po usunięciu ciała obcego na drodze endoskopowej i pochodzi zdaniem autora od przekrwienia danego odcinka płuca oraz od przesięku „ex vacuo" do światła zatkanych

oskrzeli. W 2-ch przypadkach udało się stwierdzić wyksztuszenie większej ilości wydzieliny surowiczo-śluzowej bezpośrednio po dokonanej ekstrakcji ciała obcego pęczniejącego (fasola), poczem wykonane powtórnie zdjęcie rentgenologiczne nie wykazywało już wspomnianego zaciemnienia.

Prof. *Belinoff* (Sofia) wygłosił referat o metodzie leczenia ostrych oparzeń przełyku przy pomocy wczesnego bougeowania rozszerzadłami własnego pomysłu. Następnie autor wyświetlił film obrazujący prostą, elegancką i bezpieczną metodę badania przełyku bez znieczulenia u osób starszych i dzieci. Członkowie Kongresu witali jak najserdeczniej i podziwiali reprezentanta bułgarskiej laryngologji. Uwagi godnym jest fakt, że film wysłany został przez konsula polskiego z Sofji P. Tarnowskiego drogą powietrzną, dzięki czemu przybył na czas do Poznania.

Na zakończenie Zjazdu w imieniu zagranicznych gości przemówił prof. *Belinoff*. W przemówieniu swem stwierdził, że wszystkie słowiańskie kraje przechodziły smutne koleje losu. Żaden jednak kraj nie znosił tak ciężkich ciosów jak Polska, która była przez groźnych sąsiadów rozszarpana na trzy części. Gdy przed 15-tu laty Polska została oswobodzona, radość ogarnęła wszystkich Słowian, a w szczególności Bułgarów. Polska obecnie jest największem państwem słowiańskiem i musi na siebie wziąć odpowiedzialność w przodowaniu Słowiańszczyźnie. Ten światły Kongres jest dowodem, że Rzeczpospolita zrozumiała swoją rolę. Kończąc swe przemówienie Prof. Belinoff wyraża swe podziękowanie Prezydentowi Rzeczypospolitej, Prezydentowi m. Poznania, Prezesowi polskich otolaryngologów D-rowi Czarneckiemu i Profesorowi Laskiewiczowi, zapraszając wszystkich obecnych Kolegów na następny Kongres słowiański, który odbędzie się za dwa lata w Sofji.

Następnie przemawiali delegaci Czechosłowacji i Jugosławji w osobach Profesora *Wiškovský'ego* z Bratisławy i D-ra *Gušica* z Zagrzebia.

Następnie przemówił Prezes Tow. Oto-laryngologicznego Dr. *Czarnecki* dziękując za zaproszenie, a jako gospodarz sekcji otolaryngologicznej Zjazdu przemówił Profesor Laskiewicz wyrażając podziękowanie gościom zagranicznym jak i Kolegom z Polski za liczny udział w Kongresie oraz opracowanie tak licznych referatów, z których większość dotyczyła zagadnień aktualnych w Oto-laryngologji, poruszanych dziś w piśmiennictwie oraz na Zjazdach zagranicznych. Poczem Zjazd zamknięto o godzinie 11.50.

SPRAWOZDANIE
z Walnego Zebrania członków Polsk. T-wa Oto-laryngologicznego w Poznaniu 15-IX-1933.

Prezes *Czarnecki*, otwierając Walne Zebranie w Poznaniu w dniu 15.IX-33 r., uczcił krótkiem wspomnieniem pamięć zmarłych członków. Wspomniał najpierw J. Berlsteina ze Lwowa, który zginął tragicznie w następstwie wypadku samochodowego. Zmarły dzięki swej sumiennej pracy i pogodnemu usposobieniu cieszył się ogólnem uznaniem i wzięciem. W listopadzie r. ub. zmarł w Poznaniu Dr. Czesław Jakubowski, w wieku lat 50. Jako młody lekarz pracował on z wyróżnieniem na oddziale A. Sokołowskiego, którego był osobistym sekretarzem. Pracował wraz z kol. Brunerem nad twardzielą i ogłosił pracę „O stosowaniu swoistych szczepionek w twardzieli“. Ale cicha praca laboratoryjna nie leżała w jego usposobieniu; był to człowiek o niezwykłych zdolnościach administracyjnych. Rok 1920 zastaje go na stanowisku zast. komendanta Szpitala Ujazdowskiego. Tam w pamiętne dni sierpniowe ujął żelazną ręką ster szpitala i zdławił w zarodku grożącą mu anarchję. Dzięki niemu powstały oddziały, niosące szybką pomoc chorym chirurgicznym. Dbał Jakubowski ogromnie o wyposażenie oddziałów i ich pracowników, przez co przyczynił się do uratowania wielu istnień ludzkich, a nawet i majątku państwowego. Przeniesiony na stanowisko Szefa Składnicy Sanitarnej (Wojskowej), wykazał nadzwyczajną sprężystość, świecąc przytem przykładem niezwykłej pracy i uczciwości. Zorganizował fabrykę protez. Kolejno był on zastępcą Naczelnego Lekarza Kolei Państwowych, później Dyrektorem Sanatorjum dla chorych płucnych przy Dyrekcji Kolei Poznańskiej, wreszcie Komisarzem Okręgowym Związku Kas Chorych w Poznaniu. Klinika Poznańska miała w nim prawdziwego mecenasa, który nie szczędził poparcia i wysiłków dla jej podniesienia i wyposażenia. W lutym r. b. zmarł w Królewskiej Hucie Alfred Heyman - Sianowski. Był on synem nestora polskich otologów. Zajmował stanowisko lekarza kolei śląskich, zyskując sobie uznanie tych, wśród których pracował. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

Dalej prezes Czarnecki podkreślił, iż z powodu kryzysu i ogólnego przygnębienia, praca w sekcji warszawskiej nie szła tak intensywnie, jak dawniej. Cały wysiłek zarządu był skoncentrowany na współudziale z organizacją zjazdu. Dzięki intensywnej pracy redakcji uzyskano zeszyt bardzo okazały, zaco należy się szczere podziękowanie kolegom Szmurle i Wąsowskiemu.

Ponieważ jeden z członków czynił zarzuty, że nie udzielono mu czasu, jaki należy się referentowi odczytu programowego, Czarnecki cytuje dosłownie protokół ostatniego Walnego Zebrania, z którego wynika, że na Zjazd, mający się odbyć w Poznaniu, jako temat programowy zaproponowano: „Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego". Wówczas kol. Schwarzbart wysunął i podjął się referowania tematu: „O zagadnieniu endokrynologji". Ponieważ zaproponowany temat wydał się Zgromadzeniu zbyt specjalnym i trudnym do zrozumienia dla cudzoziemców, przeto Zgromadzenie upoważniło Zarząd do ustalenia tematów po uprzedniem porozumieniu się z klinikami. Ustalając termin Zjazdu, Zarząd zdecydował się na projektowany temat: „Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego, ze specjalnem uwzględnieniem leczenia u osesków i dzieci". Temat zaś, zaproponowany przez kol. Schwarzbarta postanowiono uznać za zwykły, a wskutek tego prelegent winien był się podporządkować ogólnym postanowieniom obrad Zjazdu. Schwarzbart wyjaśnia, iż odwołał się do zebrania jedynie celem uzyskania większej ilości czasu, gdyż inaczej omówienie wyczerpujące tematu byłoby niepodobieństwem. Uważając dyscyplinę członkowską za prawo obowiązujące jednostkę, podporządkowuje się orzeczeniu Zebrania.

Przewodniczącym Walego Zebrania wybrano D-ra *Srebrnego*, sekretarzem D-ra *Gumińskiego*.

Sprawozdanie a) sekretarza sekcji warszawskiej;
b) skarbnika.

Sprawozdanie sekretarza Sekcji Wileńskiej.

Szmurło: Życie naukowe w roku ubiegłym nie było tak owocne jak za lat poprzednich. Posiedzeń było mniej i starano się łączyć je z posiedzeniami Tow. Lekarskiego, z sekcją Pediatryczną i Internistyczną. W gronie pediatrow omówiono sprawę ostrych zapaleń uszu środkowych u dzieci; z internistami gruźlicę krtani, anginę Vincenti. Sekcja odbyła 2 posiedzenia własne, na które złożyły się: sprawozdanie z ostatniego kongresu w Madrycie oraz dyskusja nad przypadkami klinicznemi. Pozatem większość kolegów bardzo wydatnie pracowała na terenie naszego Wydawnictwa.

Sprawozdanie sekcji Lwowskiej.

Zalewski: Praca Towarzystwa ograniczała się do posiedzeń klinicznych, których odbyło 6 (1 na innym oddziale szpitalnym), na których omawiano bieżący materjał kliniczny. Odczyty były wygłaszane na zebraniach ogólnych Tow. Lekarskiego. Udział członków był liczny. W kasie niema żadnych pieniędzy, ostatnie przekazano do Wilna na cele wydawnictwa.

Sprawozdanie sekcji Łódzkiej złożył Dr. *Helman.*

Sprawozdania sekcji krakowskiej nie nadesłano.

Czarnecki wyjaśnia, iż podobnie nienormalne stosunki mają miejsce jedynie dzięki temu, że nowa ustawa nie jest jeszcze zarejestrowana; według zaś brzmienia starej Zarząd niema prawa ingerencji, ergo niema prawa żądać wyjaśnienia.

Sprawozdanie sekcji Poznańskiej.

Laskiewicz: Sekcja odbyła 3 posiedzenia kwartalne w klinice oraz wspólną z posiedzeniem sekcji pediatrycznej. Zainicjowane przez grono lekarzy Towarzystwo Oto-neuro-oftalmiczne nie zostało dotychczas urzeczywistnione.

Schwarzbart stawia wniosek, aby we wszystkich ośrodkach klinicznych starano się o utworzenie sekcji oto-neuro-oftalmicznych.

Szmurło wyjaśnia, iż w Wilnie już nieraz odbywały się wspólne posiedzenia omawianych specjalistów.

Co się tyczy Warszawy, to i tu uda się, zdaniem Czarneckiego, to uczynić; otrzymał on zapewnienie ze strony Doc. Sterlinga, prezesa T-wa Neurologicznego.

Helman prosi o wyjaśnienie, jaki jest właściwie stosunek administracylno-kasowy poszczególnych sekcyj do centrali. Miał on trudności z przekazami pieniędzy, których w przeddzień zjazdu nie chciały przyjąć ani Warszawa, ani Wilno.

Czarnecki wyjaśnia, że skarbnik centrali, należący do Zarządu Towarzystwa, powinien te sprawy prowadzić.

Schwarzbart nadmienia, iż klinika krakowska nie przyjmowała w posiedzeniach sekcji krakowskiej żadnego udziału. Zapytuje on więc, czy dopuszczalnem jest, aby ktoś z cłonków na własną rękę podjął się tworzenia Towarzystwa oto-neuro-oftalmicznego w Krakowie.

Zalewski radzi, by prezes Towarzystwa zechciał nieoficjalnie zwrócić się do kliniki krakowskiej i prosił o wyjaśnienie, dlaczego nie nadesłano sprawozdania i czy klinika nie zamierza wejść w bliższy kontakt z Towarzystwem. W ten sposób niechaj będzie wyjaśniony i ustalony właściwy stosunek prawny.

Szmurło pragnie wyjaśnić w imieniu Redakcji Przeglądu Otolaryngologicznego, iż w numerze zjazdowym nie zdołano pomieścić niektórych prac i streszczeń, gdyż nie wszyscy koledzy przysłali je na czas (brak pracy kol. kol. Pieniążka Spiry, Glabisza i innych). Brak jest również pracy prof. Přecechtela, D-ra Tesar'a; prof. Wiskowsky podał tylko tytuł. Przy wydatnej pomocy wszystkich współ-

pracowników kliniki zdołano jednak na czas wydać numer, który może być pod każdym wzlędem naszą chlubą. Niektórzy żalą się, że im go nie doręczono — objaśniam, że administracja nie rozsyła poszczególnym członkom, lecz sekcjom.

Koledzy goście Słowianie słusznie podnoszą tu myśl, iż brak nam teraz wspólnego organu, jednoczącego wszystkich Słowian. „Acta oto-laryngologica slavica" od dłuższego czasu już nie wychodzą.

Sądzę, że nasz Przegląd przy odpowiedniem ustosunkowaniu się do niego klinik słowiańskich Zarządu T-wa i kolegów, przy zwiększeniu składu redakcji przez wstąpienie do niej przedstawicieli innych krajów słowiańskich i unormowaniu pracy związanej z wydawnictwem, mógłby stać się owym wspólnym organem wydawnictw słowiańskich; myśl ta powinna być rozważona i może być urzeczywistniona.

Sprawozdanie Sekretarza Redakcji doc. *Wąsowskiego.*

Zalewski podnosi wielkie zasługi redakcji Przeglądu, która umiała mimo kryzysowych czasów utrzymać poziom pisma na tak wysokim stopniu. Twierdzi stanowczo, że Przegląd dzięki im stanął na zupełnie ugruntowanych podstawach naukowych i finansowych. Pod względem wartości prac nie ustępuje on najlepszym czasopismom fachowym.

W danej chwili Zalewski pragnie tą drogą złożyć hołd redakcji oraz wszystkim, którzy przyczynili się do uświetnienia wydawnictwa jubileuszowego, jemu poświęconego. Osobiście — mówi — jubileuszów nie lubię; mam wrażenie, że jestto pisanie testamentu. Chciałbym przysporzyć jaknajwięcej nauce polskiej i zrobiłbym bezwątpienia więcej, gdybym znalazł sprzyjające warunki i nie potrzebował odrywać się do prac postronnych. Przyrzekam pracować dalej w miarę mych sił i możliwości; wszystkim zaś moim współpracownikom i sympatykom serdecznie dziękuję i zachowam ich życzliwość w pamięci.

Srebrny życzy jubilatowi, aby Towarzystwo miało możność i honor święcić jego drugi jubileusz.

Czarnecki nadmienia, że na poprzedniem Zebraniu wysunięte zostały pewne dezyderaty w stosunku do Przeglądu. Dyskusja potoczyła się wówczas na zupełnie błędne tory, co mogło wnieść pewien rozdźwięk. Obecnie, widząc ten rozmiar pracy i trwałe podwaliny bytu czasopisma, dziękuje redakcji Przeglądu i składa lojalnie hołd całemu zespołowi redakcyjnemu, gdyż tylko dzięki im osiągnięto nietylko to, co było możliwe, lecz nawet przewyższono wszelkie oczekiwania.

Szmurło dziękuje kolegom za współpracę i prosi poszczególnych autorów, by na przyszłość zechcieli przesyłać jednocześnie i streszczenia, gdyż trudno jest pracownikom redakcji, czytając, robić jednocześnie streszczenie i tłomaczenie na francuski, jak również przyjmować na siebie odpowiedzialność co do szczegółów.

Laskiewicz radzi następny zeszyt nazwać pozjazdowym.

Szmurło prosi o rychłe przysyłanie rękopisów.

Zalewski podkreśla konieczność uregulowania przez sekcje należności, gdyż strona finansowa pisma musi być zabezpieczona.

Szmurło poddaje pod rozważenie wniosek o zjednoczenie wydawnictw słowiańskich w jedną całość, w ten sposób, by Przegląd był poniekąd wspólnym wewnętrznym organem na ziemiach słowiańskich, Acta zaś organem wspólnym słowian, reprezentacyjnym na zewnątrz dla Europy Zachodniej.

Helman podsuwa myśl, czy wobec powyższych zadań wydawnictwa nie należałoby podawać streszczeń w esperanto.

Szmurło poza francuskim radzi wziąć pod uwagę język angielski jako bardzo dziś rozpowszechniony, i język niemiecki. Wszak poza Berlinem stoi jeszcze Wiedeń, z którym jesteśmy blisko związani.

Wybory nowych członków.

Przyjęto nowych członków:

D-ra Górnego z Krakowa.
„ Kaczyńskiego Hipolita z Lublina.
„ Wasilewskiego Leona z Poznania.
„ Radzymińskiego Aleksandra z Poznania.
„ Zakrzewskiego Aleksandra z Poznania.
„ Mittendorf-Sawicz Sabinę z Poznania.
„ Bubesa Hirsza z Włodzimierza Wołyńskiego.

Wybrano członkiem honorowym Towarzystwa prof. Wiškowsky'ego z Bratislavy.

Batawia radzi przeprowadzić wybory zarządu w taki sposób, by cały dotychczasowy Zarząd przyjąć przez aklamację.

Srebrny dowodzi, iż nie można przyjąć całego Zarządu en bloc, zwłaszcza zebranie musi wybrać nowych vice-prezesów; wybory imienne muszą być utrzymane.

Wybrano:

Dr. Czarnecki — prezes
„ Koenigstein } vice-prezesi
„ Wąsowski }
„ Tencer — sekretarz

Dr. Gotfryd — skarbnik
„ Pieniążek -- bibliotekarz
„ Polański } komisja rewizyjna
„ Brzosko }
„ Szmurło — Redaktor Pol. Przegl. Otolar.

Na zaproszenie Prof. Zalewskiego postanowiono urządzić następny (X-ty) Zjazd we Lwowie w 1934 r. Wybór tematu programowego oraz czasu Zjazdu pozostawiono do decyzji Zarządu T-wa w porozumieniu z prof. Zalewskim. *Z. Srebrny.*

Wiadomości bieżące.

1. W końcu ubiegłego roku zostało powołane do życia Francuskie Towarzystwo Fońjatryczne *(Société Française de Phoniatrie).* Zarząd T-wa ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes — Prof. Moure (Bordeaux), Wice-Prezesi — Dr. Hautant, Prof. Lemaitre, Sekretarz Generalny — Dr. Tarneaud, Skarbnik — Dr. Moreaux, Sekretarz Posiedzeń — Dr. Junca, Bibliotekarz — Dr. Labarraque (wszyscy z Paryża).

Nowo powstałe Towarzystwo zorganizowało Pierwszy Zjazd Towarzystwa w dniu 6-ym Maja r. b. w Paryżu. Głównym tematem Zjazdu było zagadnienie p.t. „Amygdalectomja i śpiew", Referentami byli Dr. Tarneaud (Paryż) i Viela (Tuluza). Oprócz tego na porządku dziennym figurował szereg odczytów z dziedziny foniatrji i logologji. Jednocześnie Towarzystwo przystąpiło do wydawania własnego organu p. t. *„Revue Française de Phoniatrie"*, którego głównym redaktorem został *Dr. J. Tarneaud,* Sekretarz Generalny Towarzystwa. „Revue" zjawia się w odstępach kwartalnych (dotychczas ukazały się 4 zeszyty) i zawiera szereg ciekawych i poważnych prac „Moure'a", („L'enrouement et le chant"), Hussona i Tarneauda, („Etude expérimentale et théorique de la réaction du résonateur pharyngien sur la vibration des cordes vocales pendant la phonation"), Viela („Amygdalectomie et chant") Gunsa („La voix après laryngectomie") i wiele innych.

Nowemu Towarzystwu życzymy owocnej pracy w tej tak ważnej gałęzi otolaryngologji.

2. *Prof. F. Lasagna,* Kierownik Kliniki Otolaryngologicznej w Parmie rozpoczął w roku bieżącym wydawać kwartalnik p. t. *„Archivio Italiano per la malattie della Trachea, Bronchi, Esophago"*. Na liście współpracowników znajdujemy nazwiska: Chevalier-Jacksona, Guiseza, v. Eyckena, Soulaza, Haslingera, Cittelliego, Calamidy, Belinowa i szeregu innych wybitnych otolaryngologów i bronchoskopistów. Postać zewnętrzna wydawnictwa jest piękna, papier doskonały, toteż rysunki są wprost bez zarzutu. Treść czasopisma nie ustępuje jego szacie zewnętrznej. Lasagna „Le stenosi esophagee. Un mio metodo di plastica esofagea Dr. Porta Carlo Felice Le deviazizione del esofago, Dr. Ralph A. Fenton „Le système réticulo-endothéliale, ses rapports avec l'immunisation du nez et de l'oreille", Guisez „Notre expérience sur la radiumthérapie du cancer de l'oesophage", Bakay „Beitrag zur totalen Oesophagoplastik" i szereg innych autorów dał prace b. poważne i ciekawe. Wydawnictwo przyjmuje artykuły pisane nie tylko po włosku, ale i w innych językach (francuskim, niemieckim).

Wydawnictwo wypełnia lukę w piśmiennictwie międzynarodowem otolaryngologicznem, dawał się bowiem odczuwać brak czasopisma, poświęconego tchwawicy, oskrzelom i przełykowi i szeroko uwzględniającego sprawę broncho i esofagoskopji. Życzymy powodzenia i rozkwitu nowemu pięknemu wydawnictwu.

3. W drugiej połowie roku ubiegłego ukazało się czasopismo p. t. „Folia Otolaryngologica Orientalia", poświęcone otolaryngologji na terenie dalszego i bliższego Wschodu, pod redakcją D-ra Karola Bernfelda z Jerozolimy. Zewnętrzna szata wydawnictwa jest b. piękna, papier, druk, rysunki są doskonałe. Bardzo ciekawe spotykamy tam prace pióra Bernfelda „Zur Kenntniss einiger isolierten Parakinesien der Uvula". „Coincidence of acute inspecific ear inflammation and bearing of climatological Factors thereon". Shermana z Tel-Aviv „Zur statistischen Erforschung der Morbidität in Palästina", Taptas ze Stambułu „Laryngectomie totale", Chachina z Damaszku „Méningite séreuse d'origine otique", Benjaminsa „Ueber Heufieber in Niederländisch-Indien" i szeregu autorów, którzy zaznajamiają nas z patologją i terapją cierpień nosa, gardła i uszu w klimacie i warunkach życia tak różnych od naszych. Redakcja przyjmuje prace, jak wspomnieliśmy i z bliższego Wschodu. Język prac jest francuski, angielski i niemiecki.

Nowemu, pięknemu i starannie redagowanemu wydawnictwu życzymy powodzenia. Dotychczas ukazały się dwa zeszyty czasopisma.

4. Prof. Portmann z Bordeaux, który obecnie jako senator musi podczas sesji parlamentarnej przebywać w Paryżu, ogłasza tam kursy specjalne: pięciodniowe w Grudniu (od 11.XII do 16.XII), dwutygodniowe zaś w Lutym, Marcu, Maju i Lipcu 1934 roku. Bliższe szczegóły interesujący się otrzymać mogą w klinice od prof. Portmanna w Bordeaux, 25 bis Rue de Verdun.

5. Gorąco polecamy uwadze naszych czytelników kwartalnik „Otolaryngologia Slavica, pięknie i starannie wydawany i doskonale redagowany przez Prof. Precechtěla z Pragi. Do komitetu redakcyjnego należą przedstawiciele wszystkich krajów słowiańskich. Czasopismo jest organem wszystkich laryngologów i otolaryngologów słowiańskich, chcących ogłaszać swe prace w najbardziej rozpowszechnionych językach europejskich: francuskim, niemieckim i angielskim.

6. Prof. Temistokles Gluck obchodzi w bieżącym roku 80-letnią rocznicę urodzin w pełni sił i zdrowia. Życzymy mu jeszcze długich lat życia i zdrowia na pożytek nauki i cierpiącej ludzkości.

7. Konkurs prac naukowych z funduszu ofiarowanego przez prezesa Pol. T-wa Otolaryngologicznego D-ra J. Czarneckiego w roku bieżącym nie doszedł do skutku. Sąd konkursowy, zebrany w Poznaniu 13.IX r. b., postanowił rozszerzyć tematy i na dziedzinę ryno-laryngologji. Termin nadsyłania prac pod adresem D-ra J. Czarneckiego w Warszawie, został ustalony na 15-go kwietnia 1934 r.

Zmarli: Dr. Albert Jansen, jeden z najwybitniejszych otolaryngologów niemieckich, znakomity otochirurg, który jeden z pierwszych ocenił doniosłość spraw zapalnych błędnika i zbawienny wpływ operacji na błędniku.

Prof. Er. Hinsberg, kierownik Kliniki Otolaryngologicznej we Wrocławiu.

Książki nadesłane do Redakcji.

W. Gumiński. Zarys ostrych zapaleń ucha środkowego w wieku dziecięcym.

W. Gumiński. Gruźlicze zapalenie ucha środkowego w wieku dziecięcym.

R. Stankiewicz. Zapalenie płuc u dzieci. Zagadnienia patogenezy w świetle kliniki, bakterjologji i anatomji patologicznej.

Résumé des articles.

H. Lewenfisz. Sur le choix de la méthode opératoire dans les cas de lésions inflammatoires aiguës et chroniques des sinus frontaux.

La première partie du travail comprend l'anatomie des sinus frontaux.

Wiškovský B. (Bratislava). Contribution à l'étude des altérations de la formule leucocytaire consécutive au massage des amygdales palatines.

W. relate les résultats d'une nouvelle série d'expériences concernant les réactions leucocytaires après le massage des amygdales. Il a observé les réactions suivantes: 1. Réaction négative (3 cas avec amygdales normales, 3, amygdalites chroniques). 2. Leucopénie globale, à laquelle participent les néutrophiles et les lymphocytes dans la même proportion (2 amygd. norm., 2 amygd. chron.). 3. Leucopénie lymphopénique—diminution du nombre des lymphocytes plus importante que celle des neutrophiles (4 am. norm., 2 amygd. chron.). 4. Leucocytose de courte durée (1 am. norm., 1 amygd. chron.). 5. Leucocytose durant plusieurs heures (2 amygd. chron.). 6. Réaction peu distincte—aucune altération importante du nombre total des leucocytes, mais augmentation du nombre des néutrophiles avec une' diminution simultannée du nombre des lymphocytes (2 am. norm., 1 amygd. chron.).

Une autre série d'expériences fut faite pour préciser quelle est la cause propre des ces réactions. W. a suivi l'influence du massage d'une amygdale sur la réaction provoquée par le massage précédent de l'autre, l'influence du massage sur les réactions produites par l'inection préalable soit de l'atropine, soit de l'adrénaline, le rôle de lat sensibilité de la muqueuse pharyngée (massage isolé des amygdales dans un cas d'hémianesthésie du pharynx) etc.

W. conclut, que les réactions leucocytaires observées après le massage des amygdales sont dues à l'action simultannée des plusieurs facteurs parmi lesquels l'innervation végétative joue un grand rôle. On ne peut jamais dire quel est le part du tissu amygdalien à la réaction. La réaction leucocytaire provoquée par le massage des amygdales est inconstante chez le même sujet et on ne lui peut attribuer aucune valeur diagnostique.

J. Hybášek. Pathogenèse de la septicémie après l'angine.

L'origine de la septicémie après l'angine est tout à fait analogique à celui de la septicémie otogène: les abscès, ou les ganglions

lymphatiques purulentes se trouvant sur la jugulaire interne, ont dans l'origine de la septicémie après l'angine le même rôle, comme l'abcès perisinueux du sinus latéral à l'origine de septicémie otogène. Comme l'oreille moyenne ne représente d'ailleurs dans les pluparts des cas que le lieu d'invasion de l'infection et n'est nulle part le propre foyer septicémique, le même rôle joue l'amygdale palatine. Les conditions pour que la septicémie éclate sont realisées, lorsque la suppuration passe de l'oreille moyenne à l'apophyse mastoide, ou de l'amygdale palatine à l'espace para-pharyngien, pour s'y étendre sur une large surface et prendre contact avec des plus grands troncs veineux. Dans 90 p. c. de cas, pendant la septicémie otogène l'infection suit cette voie: l'oreille moyenne, l'apophyse mastoide, le sinus latéral. La septicémie après l'angine paraît avoir le même p. c. et la voie est ressemblante: l'amygdale palatine — l'espace parapharyngien — la jugulaire interne, resp. la veine faciale.

Comme la pathogenèse de ce deux types de la septicémie est analogue, la thérapie est aussi la même; ce n'est, que le procédé qui est inverse: dans le cas de septicémie otogène, nous opérons d'abord sur l'apophyse mastoide et sur le sinus (latéral) et après sur la jugulaire interne, dans le cas de septicémie après l'angine nous opérons premièrement dans l'espace para-pharyngien et sur les vaisseaux du cou et après éventuellement sur le sinus sigmoïde. Dans ces cas l'amygdalectomie n'est pas indiquée, ainsi que l'opération radicale dans le cas de la thrombose du sinus latéral, provenant de l'abcès périsinueux, s'il ne s'agit pas même du cholestéatome etc.

Les septicémies provenant de l'abcès dans la région périamygdalienne (figurant 10 p. c.) peuvent être comparées aux septicémies otogenès avec thrombose primaire du golfe jugulaire, provenant directement du fond de la caisse du tympan. De même que dans ce cas la trépanation radicale est de première importance, aussi, dans le premier cas l'amygdalectomie a une importance pour enlever le foyer septicémique.

Gušić. L'influence du milieu géographique sur maladies de l'oreille, du nez et de la gorge en Yougoslavie.

L'auteur étudie l'influence du climat de Jougoslavie sur les diverses maladies de notre spécialité s'arrêtant particuliérement sur la question de la lèpre et du sclérome.

St. Ankudowicz. Les sinusites au cours des mastoïdites d'aprés les observations de l'hôpital du centre d'instruction militaire.

L'auteur rapporte 20 observations de septicémie d'origine auriculaire recueillies dans le service d'oto-laryngologie de l'Hôpital d'Instruction à Varsovie pendant la période de 1923 à 1932. Dans 11 cas l'ensemencement du sang a donné du streptocoque hémolitique, dans deux cas du streptocoque „viridans", dans sept cas le sang fut stérile alors qu'on notait une thrombose du sinus sigmoïde. La ligature de la veine jugulaire fut pratiquée dans trois cas. Six cas se sont terminés par décés.

L'auteur, aprés avoir discuté chaque cas et aprés avoir analysé la littérature correspondante, vient à conclusions suivantes:

L'opération de la mastoïde avec la ligature simultanée de la veine jugulaire n'est pas nécessaire au cours des états septiques d'origine auriculaire, car dans la majorité de cas l'ouverture large du sinus et la suppression du thrombus sans ligature de la veine jugulaire ont été complétement suffisantes.

Dr. Mikołajewski. L'amygdalectomie, ses indications et résultats en rapport avec le hémogramme.

Les recherches de l'auteur sur 190 cas d'amygdalectomie ont démontré que le hémogramme ne peut nous servir d'indication ou contreindication pour l'amygdalectomie, mais il peut jeter une certaine lumière sur l'intensité de la maladie pendant le période de l'opération. Les résultats favorables obtenus par cette opération sont incontestables tandis que le danger auquel on expose le patient est minime.

Dr. Batawia et Dr. Szaniawski. La tuberculose du pharynx et du larynx chez un enfant de six ans.

Aprés la grippe et pneumonie on constate cher une fillette de six ans, des changements, pulmonaires, la fiévre hectique, de l'enrouement, des ulcérations du pharynx et du larynx et secrétions contenant les baccilles de Koch. Réaction de B.—G. négative. Décés.